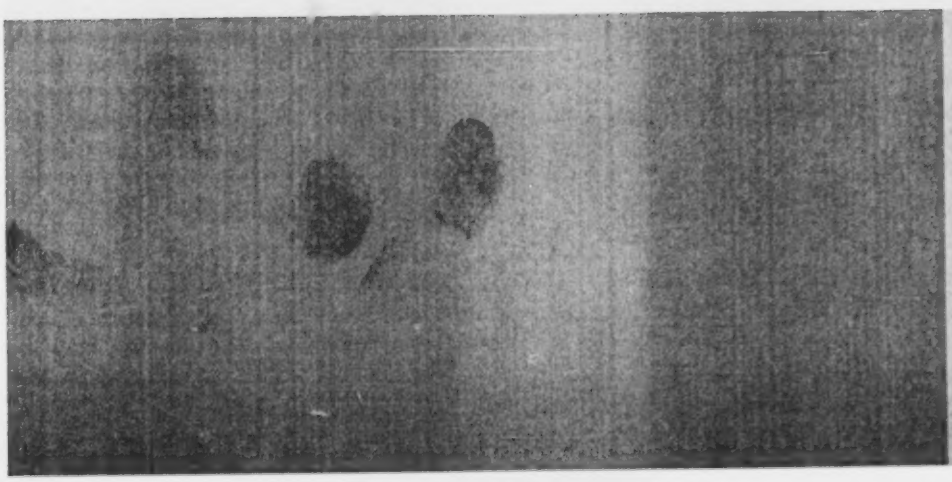
Santé Canada Health Canada

Votre santé et votre sécurité... notre priorité. *Your health and safety... our priority.*

Loi canadienne sur la santé

Rapport annuel 2006–2007



Canada

Santé Canada est le ministère fédéral chargé d'aider les Canadiennes et les Canadiens à conserver et à améliorer leur santé. Il est déterminé à améliorer la vie de toute la population et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

Loi canadienne sur la santé – Rapport annuel 2006-2007
est disponible sur Internet à l'adresse suivante :
http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/index_f.html

Also available in English under the title:
Canada Health Act — Annual Report 2006–2007

La présente publication est également disponible sur demande sur disquette,
en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Santé Canada
Indice de l'adresse : 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Téléphone : 613-957-2991
Sans frais : 1 866 225-0709
Télécopieur : 613-941-5366

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Santé Canada, 2007

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre l'information (ou le contenu de la publication ou produit), sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, ou par photocopie, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable du ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa, Ontario K1A 0S5 ou copyright.droitdauteur@pwgsc.gc.ca.

SC Pub. : 1258

Cat. : H1-4/2007F-PDF

ISBN : 978-0-662-07520-2

Minister of Health Ministre de la Santé

The Honourable/L'honorable Tony Clement

Ottawa, Canada K1A 0K9

Son Excellence la très honorable Michaëlle Jean,
Gouverneure générale et Commandante en chef du Canada

Qu'il plaise à Votre Excellence,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2007.

Je vous prie d'agréer, Madame la Gouverneure générale, l'assurance de mon profond respect.

Tony Clement

Canada

Remerciements

Santé Canada tient à souligner le travail qui a été exécuté et les efforts qui ont été déployés aux fins de la production du présent rapport annuel. Le dévouement et la diligence des ministères de la Santé énumérés ci-dessous, et de leur personnel, auront permis de présenter le présent rapport sur l'administration et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador

Ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Santé Manitoba

Ministère de la Santé de la Saskatchewan

Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon

Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut

Il faut également souligner le travail considérable réalisé par l'équipe de production, notamment le personnel de l'unité de l'éditique, les services de traduction, de révision et de concordance et le personnel de Santé Canada, à l'administration centrale et dans les bureaux régionaux.

Table des matières

Remerciements ____ iii

Introduction ____ 1

Chapitre 1 – Aperçu de la Loi canadienne sur la santé ____ 3

Chapitre 2 – Administration et conformité ____ 11

Chapitre 3 – Les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux en 2006-2007 ____ 17

- Terre-Neuve-et-Labrador ____ 21
- Île-du-Prince-Édouard ____ 39
- Nouvelle-Écosse ____ 53
- Nouveau-Brunswick ____ 73
- Québec ____ 91
- Ontario ____ 99
- Manitoba ____ 119
- Saskatchewan ____ 141
- Alberta ____ 163
- Colombie-Britannique ____ 177
- Yukon ____ 205
- Territoires du Nord-Ouest ____ 225
- Nunavut ____ 237

Annexe A – Loi canadienne sur la santé et Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs ____ 251

Annexe B – Énoncés de politiques liées à la Loi canadienne sur la santé ____ 273

Annexe C – Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé ____ 285

Annexe D – Lexique des termes utilisés dans le Rapport annuel ____ 291

Coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé ____ à la fin de ce Rapport

Introduction

Le Canada a un système de soins de santé essentiellement financé et administré par l'État. Le système canadien d'assurance-santé est une mosaïque de 13 régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé, et il est conçu pour garantir à tous les citoyens admissibles du Canada un accès raisonnable à des services hospitaliers et à des services de médecin médicalement nécessaires, prépayés, sans qu'ils aient à débourser des frais directs au point de service.

Le système canadien actuel d'assurance-santé est le fruit de plus de cinq décennies d'évolution. La Saskatchewan a été la première province à établir un régime d'assurance-hospitalisation public et universel en 1947. Dix ans plus tard, le gouvernement du Canada a adopté la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957) afin de partager le coût de ces services. En 1961, toutes les provinces et tous les territoires avaient des régimes d'assurance-santé publics qui garantissaient un accès universel aux services hospitaliers. La Saskatchewan a encore une fois fait œuvre de pionnière en assurant les services de médecin à compter de 1962. Le gouvernement du Canada a adopté la *Loi sur les services médicaux* en 1966 pour partager avec les provinces le coût des services de médecin assurés. En 1972, tous les régimes provinciaux et territoriaux avaient été élargis pour inclure les services de médecin.

En 1979, à la demande du gouvernement fédéral, le juge Emmett Hall a entrepris un examen de l'état des services de santé au Canada. Dans son rapport, il a déclaré que les services de santé au Canada étaient parmi les meilleurs au monde, mais a prévenu que la surfacturation pratiquée par les médecins et les frais d'utilisation exigés par les hôpitaux créaient un système à deux vitesses qui menaçait l'accessibilité des soins. Ce rapport, et le débat national qu'il a enclenché, ont conduit à l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* en 1984.

La *Loi canadienne sur la santé*, la loi fédérale en matière d'assurance-santé au Canada, définit les principes nationaux qui gouvernent le système canadien, c'est-à-dire administration publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. Ces principes symbolisent les valeurs canadiennes sous-jacentes que sont l'équité et la solidarité.

Les rôles et les responsabilités à l'égard du système de soins de santé du Canada sont partagés entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. L'administration et la prestation des services de santé relèvent d'abord des gouvernements provinciaux et territoriaux. Ces gouvernements fixent donc leurs propres priorités, administrent leurs budgets de santé et gèrent leurs propres ressources. Le gouvernement fédéral, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, détermine les critères et les conditions que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux doivent respecter pour que soit versée en entier la contribution en espèces prévue aux termes du Transfert canadien en matière de santé.

Chaque année, le ministre fédéral de la Santé doit rendre compte au Parlement de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, comme le prévoit l'article 23 de la *Loi*. Le moyen utilisé à cette fin est le *Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé*. Même s'il s'adresse d'abord aux parlementaires, le rapport est un document public facilement accessible qui rend compte en détail des services assurés dans chaque province et territoire. Le rapport annuel est structuré de manière à satisfaire aux obligations de rendre compte prévues dans la *Loi*, mais son objet n'est pas de commenter l'état du système de soins de santé canadien dans son ensemble.

Dans l'application de la *Loi*, Santé Canada met l'accent sur la transparence, la consultation et le dialogue avec les ministères de la Santé provinciaux

et territoriaux. L'application des sanctions financières prévues aux termes du Transfert canadien en matière de santé n'est considérée qu'en dernier recours, quand toutes les options pour régler un différend par la collaboration ont été épuisées. Conformément à l'engagement pris par les premiers ministres dans l'Entente cadre sur l'union sociale de 1999, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont convenu par un échange de lettres, en avril 2002, d'un processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*. Ce processus a été officialisé dans l'Accord de 2004 des premiers ministres. Malgré les dispositions prévues dans le processus pour le règlement des différends, le ministre fédéral de la Santé reste l'ultime responsable de l'interprétation et de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

En général, non seulement les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé respectent-ils les conditions de la *Loi canadienne sur la santé*, mais, dans de nombreux cas, les principes de la *Loi* sont réitérés dans les lois et les règlements provinciaux et territoriaux.

À l'heure actuelle, les plus grandes craintes en ce qui a trait au respect de la *Loi canadienne sur la santé* concernent les frais imposés aux patients et la possibilité de faire fi des files d'attente pour obtenir des services médicalement nécessaires dans des cliniques privées. Santé Canada a fait part de ces préoccupations aux provinces qui permettent ces pratiques.

CHAPITRE 1

Aperçu de la Loi canadienne sur la santé

Le chapitre 1 décrit la *Loi canadienne sur la santé* et ses dispositions, et en présente les principales définitions. On y trouve également une description de son règlement et de ses dispositions réglementaires, à quoi s'ajoutent les lettres d'anciens ministres fédéraux de la Santé, l'honorable Jake Epp et l'honorable Diane Marleau, à leurs homologues provinciaux et territoriaux, lettres qui sont utilisées dans l'interprétation et l'application de la *Loi*.

Qu'est-ce que la Loi canadienne sur la santé?

La *Loi canadienne sur la santé* est l'instrument législatif fédéral qui régit le régime d'assurance-santé public. La *Loi* présente l'objectif principal de la politique canadienne des soins de santé, qui consiste « à protéger, à promouvoir et à rétablir le bien-être physique et mental des résidents du Canada, et à leur donner, dans des conditions raisonnables, accès aux services de santé, sans que des obstacles financiers ou d'un autre ordre s'y opposent ».

La *Loi* établit les conditions d'octroi applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé que doivent respecter les provinces et les territoires pour avoir droit au versement intégral de la contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS).

La *Loi canadienne sur la santé* a pour objet de veiller à ce que tous les habitants admissibles du Canada aient, selon des conditions raisonnables, accès aux services qui sont médicalement nécessaires sans avoir à débourser directement pour ces services au point de service.

Principales définitions de la Loi canadienne sur la santé

Les « **assurés** » sont les habitants admissibles d'une province ou d'un territoire. Au sens de la *Loi*, un habitant est « une personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province ».

Les personnes non visées par la *Loi* sont les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, et celles qui purgent une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral.

Les **services de santé assurés** sont les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui sont fournis aux personnes assurées.

Les **services hospitaliers assurés** sont les services médicalement nécessaires fournis dans un hôpital à des malades hospitalisés ou externes, tels que l'hébergement régulier ou en salle commune et les repas et l'hébergement à supplément s'il est jugé médicalement nécessaire; les services infirmiers; les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital; l'usage des salles d'opération, des chambres

d'attente avant l'accouchement et des installations d'anesthésie, y compris le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures et le matériel médicaux et chirurgicaux; l'usage des installations de radiothérapie; l'usage des installations de physiothérapie; ainsi que les services fournis par des personnes qui sont rémunérées par l'hôpital, ce qui ne comprend pas les services exclus en vertu des règlements.

Les **services médicaux assurés** sont les « services médicalement nécessaires fournis par un médecin ». Les services médicalement nécessaires sont généralement déterminés conjointement par les médecins et par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Les **services de chirurgie dentaire** sont les services fournis par un dentiste dans un hôpital et qui ne peuvent être offerts convenablement qu'en un tel établissement.

Les **services complémentaires de santé** sont les services de soins de longue durée en établissement (les soins intermédiaires en maison de repos et les soins en établissement pour adultes), les soins de santé à domicile et les soins ambulatoires.

Dispositions de la Loi canadienne sur la santé

Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires doivent satisfaire à neuf conditions pour avoir droit à la pleine contribution pécuniaire du gouvernement fédéral. Ce sont :

- les cinq conditions d'octroi s'appliquant uniquement aux services de santé assurés;
- les deux conditions qui s'appliquent aux services de santé assurés et aux services complémentaires;
- le respect de deux dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs, qui s'appliquent uniquement aux services de santé assurés.

Conditions d'octroi

1. Gestion publique (article 8)

La condition de gestion publique, définie à l'article 8 de la *Loi canadienne sur la santé*, s'applique aux régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires. Elle suppose que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux sont gérés par une autorité publique sans but lucratif relevant du gouvernement provincial ou territorial pour les décisions concernant les niveaux de services et les services eux-mêmes, et assujettie à la vérification publique de ses comptes et de ses opérations financières.

2. Intégralité (article 9)

La condition de gestion publique suppose que le régime provincial ou territorial d'assurance-santé couvre tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes (c.-à-d. les services de chirurgie dentaire qui doivent être fournis dans un hôpital) et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou complémentaires fournis par d'autres professionnels de la santé.

3. Universalité (article 10)

La condition d'universalité suppose que tous les habitants assurés de la province ou du territoire ont droit aux services de santé assurés offerts par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial selon des modalités uniformes. Les provinces et territoires exigent généralement des résidents qu'ils s'inscrivent au régime pour être admissibles aux services offerts.

Les nouveaux arrivants au Canada, comme les résidents permanents, et les Canadiens et les Canadiennes qui rentrent au pays après un séjour à l'étranger, peuvent être assujettis à un délai d'au plus trois mois avant d'être admissibles ou d'avoir droit aux services de santé assurés.

4. Transférabilité (article 11)

Les assurés qui déménagent dans une autre province ou un autre territoire continuent d'être protégés par le régime de leur province ou territoire « d'origine » pendant le délai minimal de résidence imposé par le régime de la nouvelle province ou du nouveau territoire. Le délai d'admissibilité à un régime d'assurance-santé provincial ou territorial ne doit pas excéder trois mois. Après ce délai, la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence assume la couverture des soins de santé.

Les habitants qui sont temporairement absents de leur province, de leur territoire ou du Canada doivent continuer d'être couverts pour les services de santé assurés pendant leur absence. Ainsi, les personnes peuvent voyager ou s'absenter de leur province ou de leur territoire d'origine dans des limites de temps prescrites, tout en étant assurées par leur régime d'assurance-santé.

La transférabilité n'autorise pas une personne à chercher à obtenir des services dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays. Elle a plutôt pour objet de permettre l'admissibilité d'une personne aux services nécessaires en cas de besoin urgent ou nouveau lorsque celle-ci est absente temporairement, par exemple pour des raisons d'affaires ou pour des vacances.

Lorsque des assurés sont temporairement absents parce qu'ils sont dans une autre province ou un autre territoire, la condition de transférabilité requiert que les services assurés soient payés selon les tarifs de la province d'accueil. Si des assurés sont temporairement absents du pays, les services assurés doivent être payés selon les tarifs prévus dans la province d'origine.

Pour que la protection s'étende à certains services non urgents, un assuré d'une province ou d'un territoire qui est temporairement absent peut être tenu d'obtenir l'approbation préalable du régime d'assurance-santé de sa province ou de son territoire.

5. Accessibilité (article 12)

La condition d'accessibilité vise à assurer l'accès raisonnable pour les habitants d'une province ou d'un territoire aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, selon des modalités uniformes et sans qu'il soit restreint, directement ou indirectement, par des frais modérateurs, une surfacturation ou d'autres moyens (p. ex. la discrimination fondée sur l'âge, l'état de santé ou la situation financière).

De plus, les régimes d'assurance-santé de la province ou du territoire doivent prévoir :

- la rémunération raisonnable des médecins et des dentistes pour tous les services de santé assurés fournis;
- le versement aux hôpitaux de montants à l'égard des services de santé assurés.

Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, l'accès raisonnable sur le plan de la disponibilité physique des services médicalement nécessaires doit être interprété selon la règle « du lieu où les services sont offerts et de leur disponibilité ». Ainsi, les habitants d'une province ou d'un territoire ont droit à un accès aux services de santé assurés là où les services sont offerts et selon la disponibilité de ces services, selon des modalités uniformes.

Conditions de versement

1. Renseignements (article 13(a))

Aux fins de la *Loi*, les administrations provinciales et territoriales sont tenues de communiquer au ministre de la Santé, selon des modalités raisonnables, des renseignements touchant les services de santé assurés et les services complémentaires de santé.

2. Reconnaissance (article 13(b))

Les administrations provinciales et territoriales doivent faire état de la contribution fédérale aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé.

Surfacturation et frais modérateurs

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* qui visent à dissuader les provinces et les territoires à pratiquer la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs pour les services de santé assurés sont énoncées aux articles 18 à 21 de la *Loi*. S'il est établi qu'une province ou un territoire permet la surfacturation ou les frais modérateurs, une retenue doit être faite en vertu de la *Loi* à même le transfert fédéral en espèces à cette province ou à ce territoire. Le montant de la retenue pour un exercice est déterminé par le ministre fédéral de la Santé en fonction des renseignements fournis par la province ou le territoire conformément au *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* décrit ci-dessous.

Surfacturation (article 18)

Au sens de la *Loi canadienne sur la santé*, la surfacturation est la facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé. Si, par exemple, un médecin demande une somme donnée à ses patients pour une consultation déjà couverte par un régime provincial ou territorial d'assurance-santé, la somme demandée constitue une surfacturation. La surfacturation est perçue comme un obstacle ou une entrave pour les personnes qui ont besoin de soins médicaux; elle contrevient donc à la condition d'accessibilité.

Frais modérateurs (article 19)

La *Loi* définit les frais modérateurs comme tous les frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Si, par exemple, un patient se voit imposer des frais pour avoir reçu un service assuré d'un centre hospitalier ou d'une clinique, ces frais sont réputés être des frais modérateurs. Les frais modérateurs ne sont pas permis par la *Loi*, et comme la surfacturation, constituent un obstacle à l'accès.

Autres éléments de la Loi

Règlements (article 22)

L'article 22 de la *Loi canadienne sur la santé* permet au gouvernement fédéral de prendre des règlements en application de la Loi dans les secteurs suivants :

- définir les services visés par la définition de « services complémentaires de santé » de la *Loi canadienne sur la santé*;
- déterminer les services exclus des services hospitaliers;
- déterminer le genre de renseignements que le ministre fédéral de la Santé peut raisonnablement demander d'une province ou d'un territoire, ainsi que le moment et la façon de la fourniture de cette information;
- prévoir la façon dont les provinces et les territoires doivent faire état du Transfert canadien en matière de santé (TCS) dans leurs documents, leurs publicités ou leur matériel promotionnel.

Jusqu'à présent, le seul règlement pris en application de la *Loi* est le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*, qui exige que les provinces et les territoires fournissent des prévisions des montants surfacturés et des frais modérateurs avant le début de l'exercice de sorte que les pénalités applicables puissent être imposées. Il prescrit également de fournir les états financiers indiquant les montants réellement facturés de sorte que les rapprochements avec les retenues réelles puissent être faits. (Une copie du *Règlement* figure à l'annexe A).

Pénalités imposées en vertu de la Loi canadienne sur la santé

Pénalités obligatoires

Aux termes de la *Loi*, les provinces et territoires qui autorisent la surfacturation et les frais modérateurs s'exposent à une retenue obligatoire d'un montant équivalent sur leurs paiements de transfert fédéraux au titre du TCS. Par exemple, si l'on détermine qu'une province a autorisé les médecins à pratiquer la surfacturation pour un montant total de 500 000 $, ce montant sera retenu sur les paiements de transfert fédéraux versés à cette province.

Pénalités discrétionnaires

Les provinces ou territoires qui ne satisfont pas aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé* peuvent se voir imposer des pénalités discrétionnaires. Les montants de ces retenues des paiements de transfert au titre du TCS sont établis en fonction de la gravité du défaut.

Avant d'imposer toute pénalité discrétionnaire, la *Loi canadienne sur la santé* prévoit un processus de consultation qui doit être entrepris avec la province ou le territoire visé. Les dispositions touchant les pénalités discrétionnaires prévues n'ont pas été appliquées jusqu'ici.

Personnes et services exclus

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* requière que les services de santé assurés soient offerts aux assurés dans le respect des critères et des conditions qui y sont énoncés, ce ne sont pas tous les habitants du Canada ni tous les services de santé qui sont visés. Deux catégories d'exclusion sont prévues en ce qui concerne les services assurés :

- les services qui ne sont pas des services de soins de santé assurés au sens de la *Loi*;
- certains groupes de personnes et certains services qui ne sont pas des assurés ou des services assurés au sens de la *Loi*.

Ces exclusions sont traitées ci-dessous.

Services de santé non assurés

En plus des services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires qui sont couverts aux termes de la *Loi*, les provinces et les territoires offrent toute une gamme de services et de prestations qui ne le sont pas. Ces services et prestations supplémentaires sont offerts à la discrétion des administrations provinciales et territoriales, selon leurs propres conditions, et ils peuvent varier d'une province ou d'un territoire à l'autre. Parmi ces services supplémentaires, mentionnons des prestations pour médicaments d'ordonnance, des services ambulanciers et des services d'optométrie.

Les services supplémentaires offerts par les provinces et territoires peuvent viser des groupes donnés (p. ex. enfants, aînés ou bénéficiaires de l'aide sociale) et être assurés en tout ou en partie par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Un certain nombre de services offerts par les hôpitaux et les médecins ne sont pas réputés être médicalement nécessaires; ils ne sont donc pas assurés aux termes des lois provinciales et territoriales sur l'assurance-santé. Parmi ces services hospitaliers non assurés pour lesquels des frais peuvent être imposés aux patients, mentionnons l'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée, sauf si elle est prescrite par un médecin, les soins infirmiers privés, et la fourniture de téléphones et de téléviseurs. Parmi les services médicaux non assurés pour lesquels les patients peuvent se voir imposer des frais, mentionnons les consultations téléphoniques, la délivrance de certificats médicaux pour l'employeur, l'école, les assureurs ou les centres de culture physique, les témoignages devant les tribunaux et la chirurgie esthétique.

Personnes exclues

La définition d'« assuré » de la *Loi canadienne sur la santé* exclut les membres des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral. Le gouvernement du Canada offre une couverture à ces personnes au moyen de programmes fédéraux distincts.

Par ailleurs, d'autres catégories de résidents, notamment les immigrants reçus et les Canadiens de retour d'un séjour dans un autre pays peuvent être assujettis à une période d'attente imposée par une province ou un territoire. La *Loi* stipule que cette période d'attente ne peut pas dépasser trois mois.

De plus, la définition de « service de santé assuré » exclut les services de santé auxquels une personne a droit en vertu d'une autre loi fédérale (p. ex. les réfugiés) ou de la loi sur les accidents du travail d'une province ou d'un territoire.

L'exclusion de ces personnes de la couverture des services de santé assurés a été arrêtée avant l'adoption de la *Loi* et n'est pas destinée à établir des différences en ce qui concerne l'accès aux soins de santé assurés financés par l'État.

Lettres sur l'interprétation des politiques

Il existe deux énoncés de politiques qui précisent la position du gouvernement fédéral concernant la *Loi canadienne sur la santé*. Ces énoncés ont été présentés sous forme de lettres ministérielles par d'anciens ministres fédéraux de la Santé à leurs homologues provinciaux et territoriaux. Les deux lettres figurent à l'annexe B du présent rapport.

Lettre « Epp »

En juin 1985, environ un an après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* au Parlement, le ministre fédéral de la Santé d'alors, Jake Epp, écrivait à ses homologues provinciaux et territoriaux afin de leur exposer et de confirmer la position fédérale sur l'interprétation et la mise en œuvre de la *Loi*.

La lettre du ministre Epp faisait suite à plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires. Elle expose les énoncés de politique générale fédérale qui clarifient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces précisions ont été utilisées par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la *Loi*. La lettre Epp demeure une référence importante en matière d'interprétation de la *Loi*.

Veuillez vous reporter à l'annexe B pour consulter la lettre du ministre Epp.

Lettre « Marleau » – Politique fédérale sur les cliniques privées

Entre février et décembre 1994 a eu lieu une série de sept réunions fédérales-provinciales-territoriales portant uniquement ou en partie sur les établissements privés. Il était question de la multiplication des cliniques privées offrant des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients, et de leurs conséquences sur le système canadien de soins de santé universel et financé par l'État.

À la réunion fédérale-provinciale-territoriale de septembre 1994 des ministres de la Santé à Halifax, tous les ministres présents, à l'exception de celui de l'Alberta, ont convenu de « prendre les mesures qui s'imposaient pour réglementer le développement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, la ministre de la Santé, Diane Marleau, a écrit aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées. La lettre de la ministre présentait l'interprétation fédérale de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicaux nécessaires dans une clinique privée. La lettre stipulait aussi que la définition d'« hôpital » de la *Loi canadienne sur la santé* comprend tout établissement public qui offre des soins actifs, de longue durée et de réadaptation. Ainsi, lorsqu'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé paye les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire offert dans une clinique privée, il doit également payer les frais d'établissement ou s'attendre à ce qu'une retenue soit faite sur les paiements de transfert du gouvernement fédéral.

Veuillez vous reporter à l'annexe B pour consulter la lettre de la ministre Marleau.

Processus de prévention et de règlement des différends

En avril 2002, la ministre fédérale de la Santé d'alors, A. Anne McLellan, décrivait, dans une lettre qu'elle adressait à ses homologues provinciaux et territoriaux, un processus de prévention et de règlement des différends reliés à la *Loi canadienne sur la santé* dont avaient convenu l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception du Québec. Le processus permet de satisfaire au désir des administrations fédérale, provinciales et territoriales de prévenir les différends reliés à l'interprétation des principes de la *Loi* et, lorsqu'il est impossible d'y parvenir, de les régler de façon équitable et transparente, et dans les meilleurs délais.

Le processus comprend des activités de règlement des différends liés à l'échange de renseignements entre les gouvernements; la discussion et la clarification des questions, dès qu'elles sont soulevées; la participation active des gouvernements aux comités spéciaux fédéraux-provinciaux-territoriaux s'occupant des questions liées à la *Loi canadienne sur la santé*; ainsi que des évaluations préalables, si celles-ci sont demandées.

Si les activités de prévention des différends échouent, des activités de règlement des différends peuvent être amorcées, et ce, en commençant par des activités de détermination des faits et des négociations entre les gouvernements. Si ces activités se révèlent infructueuses, l'un des ministres de la Santé visés peut reporter les questions à un groupe tiers pour qu'il entreprenne la détermination des faits et fournisse conseils et recommandations.

Le ministre fédéral de la Santé détient le pouvoir final de décision en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Pour décider de l'opportunité d'invoquer les dispositions sur les manquements à la *Loi*, le ministre prendra en considération le rapport du groupe.

Veuillez vous reporter à l'annexe C pour consulter la lettre de la ministre McLellan.

CHAPITRE 2

Administration et conformité

Administration

Le ministre fédéral de la Santé administre la *Loi canadienne sur la santé* avec l'aide des agents de politiques, de communications et d'information de Santé Canada, à Ottawa et dans les six bureaux régionaux du Ministère, ainsi que des avocats du ministère de la Justice.

Santé Canada collabore avec les provinces et les territoires afin d'assurer le respect des principes énoncés dans la *Loi* et s'efforce de résoudre les problèmes en faisant appel à la consultation, à la collaboration et à la coopération.

Division de la Loi canadienne sur la santé

La Division de la *Loi canadienne sur la santé* fait partie de la Direction des affaires intergouvernementales de la Direction générale de la politique de la santé de Santé Canada, et est responsable de l'administration de la *Loi*. Les fonctionnaires de la Division qui travaillent à Ottawa et dans les régions sont chargés des fonctions permanentes suivantes :

- surveiller et analyser les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé pour en vérifier la conformité aux critères et conditions de la *Loi* et à ses dispositions sur la surfacturation et les frais modérateurs;
- travailler en partenariat avec les provinces et les territoires afin d'examiner et de résoudre les problèmes de conformité à la *Loi* et de mener des activités qui favorisent le respect de cette *Loi*;
- informer le ministre en cas d'éventuels manquements à la Loi et recommander les mesures à prendre;
- rédiger et produire le Rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* portant sur l'administration et l'application de la *Loi*;
- établir et entretenir des relations et des partenariats officiels et informels avec les fonctionnaires des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé pour favoriser l'échange de renseignements;
- recueillir, résumer et analyser des renseignements pertinents sur les systèmes de santé provinciaux et territoriaux;
- diffuser des renseignements sur la *Loi* et les régimes d'assurance-santé publics du Canada;
- donner suite aux demandes de renseignements et à la correspondance concernant la *Loi* en préparant des réponses aux questions sur la *Loi* ou l'assurance-santé, reçues par téléphone, courrier ou Internet de la part du public, des députés, des ministres, des organisations concernées ou des médias;
- analyser les enjeux et faire de la recherche stratégique pour présenter des options et des recommandations stratégiques relatives à l'interprétation de la *Loi*;
- collaborer avec les représentants des ministères provinciaux et territoriaux en ce qui a trait aux recommandations présentées au ministre concernant l'interprétation de la *Loi*; et
- collaborer avec les représentants des ministères provinciaux et territoriaux par l'entremise du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS) voir ci-après:).

Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS)

La Division de la *Loi canadienne sur la santé* préside le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS) et lui fournit des services de secrétariat. Le CCEIAS a été créé en 1991. Il traite des questions concernant la facturation interprovinciale et interterritoriale des services hospitaliers et médicaux, ou associées à l'inscription et à l'admissibilité aux régimes d'assurance-santé. Il doit veiller à l'application des ententes interprovinciales en assurance-santé, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*.

Les dispositions de la *Loi* sur la transférabilité au Canada sont appliquées dans le cadre d'une série d'ententes interprovinciales et interterritoriales sur la facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers. En général, cela signifie que la carte d'assurance-santé est acceptée en guise de paiement lorsque le patient doit recevoir des services hospitaliers ou médicaux dans une autre province ou un autre territoire. L'administration qui offre le service facture directement la province ou le territoire où habite le patient. Tous les territoires et toutes les provinces ont conclu des ententes réciproques sur les soins hospitaliers et participent, à l'exception du Québec, à des ententes réciproques sur les soins médicaux. Ces ententes permettent aux habitants du Canada qui voyagent au pays de ne pas payer de frais au point de service lorsqu'ils reçoivent des soins hospitaliers ou médicaux médicalement nécessaires. Toutefois, ces ententes sont interprovinciales et interterritoriales, et les provinces et territoires ne sont pas tenus de les signer aux termes de la *Loi*.

Conformité

Conformément à ce qui a été mentionné au chapitre 1, les provinces et les territoires doivent respecter les critères et les conditions de la *Loi canadienne sur la santé* pour recevoir la pleine contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) (avant le 1er avril 2004, la contribution pécuniaire était versée au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux). La section ci-après décrit la façon dont Santé Canada détermine si les provinces et les territoires respectent la *Loi*.

Pour régler d'éventuels manquements à la *Loi*, Santé Canada adopte une approche qui privilégie la transparence, la consultation et le dialogue avec les autorités provinciales et territoriales de la santé. La plupart du temps, les cas sont réglés au moyen de consultations et de discussions fondées sur un examen approfondi des faits. Le Ministère a eu recours aux retenues uniquement lorsque toutes les solutions proposées ont échoué. Jusqu'à présent, la grande majorité des différends et des problèmes associés à l'administration et à l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* a été traitée et résolue sans qu'il faille imposer de pénalités.

Les fonctionnaires de Santé Canada entretiennent des rapports réguliers avec les représentants des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les administrateurs de régimes d'assurance-santé pour trouver des solutions aux problèmes courants auxquels les Canadiens peuvent être confrontés sur le plan de l'admissibilité à la couverture et de la transférabilité de cette couverture à l'intérieur et à l'extérieur du Canada.

Les employés de la Division de la *Loi canadienne sur la santé* et des bureaux régionaux surveillent le fonctionnement des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé afin de conseiller le ministre sur les manquements possibles à la *Loi*. Leurs sources d'information sont notamment : les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les fonctionnaires et les publications de ces administrations; les reportages des médias ainsi que la correspondance reçue du public et d'organisations non gouvernementales. Le personnel de l'Unité de l'interprétation des programmes et de la conformité, à la Division, évalue les problèmes et les plaintes au cas par cas. Ce processus comprend la compilation

de l'ensemble des faits et des renseignements sur la question ainsi que l'application des mesures qui s'imposent. La vérification des faits auprès des fonctionnaires provinciaux et territoriaux du secteur de la santé peut révéler des problèmes qui ne sont pas en lien direct avec la *Loi*, ou d'autres qui peuvent l'être, mais sont attribuables à un malentendu ou à une mauvaise communication et se règlent rapidement avec l'aide des provinces et des territoires. Lorsqu'une question concernant la *Loi canadienne sur la santé* est soulevée et n'est pas résolue après les demandes initiales à cet égard, les fonctionnaires de la Division demandent à l'administration visée d'enquêter et de lui faire part de ses conclusions. Ensuite, ils discutent de la question et de la solution possible avec les fonctionnaires provinciaux. Seules les questions qui n'ont pas pu être réglées de cette façon sont portées à l'attention du ministre fédéral de la Santé.

Problèmes associés à la conformité

Dans l'ensemble, les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux respectent les conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Toutefois, certaines préoccupations persistent. Les plus importantes ont trait aux frais imposés aux patients et au resquillage qui permet d'avoir accès à des services de santé médicalement nécessaires dans des cliniques privées.

La *Loi* exige que tous les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires soient couverts par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux, que ces services soient fournis dans un hôpital ou dans un établissement qui fournit des soins hospitaliers. L'accès privilégié et les frais imposés aux personnes assurées dans des cliniques de chirurgie privées au Québec et en Colombie-Britannique, pour des services couverts en vertu des régimes de ces provinces, suscitent des inquiétudes. L'accès privilégié et les frais imposés dans des cliniques de diagnostic privées demeurent problématiques dans certaines provinces où des cliniques privées facturent les patients pour des services médicalement nécessaires et leur permettent de recevoir des services de santé assurés avant d'autres personnes.

Certaines préoccupations majeures relatives à la *Loi* ont été enrayées au cours de l'exercice 2006-2007. En septembre 2006, le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique a demandé à divers hôpitaux de sa province de mettre fin et de renoncer à toute pratique de resquillage pour des services de santé assurés.

En janvier 2007, le Québec a pris des mesures pour décourager certaines cliniques d'imposer des frais à leurs patients pour des services de santé assurés.

En février 2007, une clinique privée du Manitoba, qui avait imposé des frais à ses patients pour des services d'IRM assurés, a passé un contrat, avec son office régional de la santé, selon lequel elle allait offrir ces services jusqu'en février 2010, ce qui réglait la question de la durée du contrat.

De plus, en mars 2007, la Nouvelle-Écosse a confirmé qu'un médecin avait cessé d'imposer des frais à ses patients pour des services assurés.

Historique des déductions et des remboursements en vertu de la Loi canadienne sur la santé

La *Loi canadienne sur la santé*, entrée en vigueur le 1er avril 1984, réaffirme l'engagement du gouvernement fédéral quant au respect des principes originaux du régime de soins de santé du Canada, tels qu'intégrés aux lois précédentes (*Loi sur les soins médicaux* et *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*). Afin d'éliminer la multiplication des cas de perception directe de frais pour des services

hospitaliers et médicaux, le gouvernement fédéral a décidé d'appliquer une pénalité dollar pour dollar de la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs qui, selon lui, réduisent l'accès de nombreux Canadiens et Canadiennes aux soins de santé pour des raisons financières.

De 1984 à 1987, le paragraphe 20(5) de la *Loi* prévoyait le remboursement des retenues relatives à ces frais aux provinces les ayant éliminés avant le 1er avril 1987. Le 31 mars 1987, il a été établi que toutes les provinces qui effectuaient la surfacturation et imposaient des frais modérateurs avaient pris les mesures adéquates pour éliminer ces pratiques. En conséquence, en juin 1987, un montant totalisant 244,732 M$ en retenues était remboursé au Nouveau-Brunswick (6,886 M$), au Québec (14,032 M$), à l'Ontario (106,656 M$), au Manitoba (1,270 M$), à la Saskatchewan (2,107 M$), à l'Alberta (29,032 M$) et à la Colombie-Britannique (84,749 M$).

À la suite de la période de transition initiale de trois ans de la *Loi canadienne sur la santé*, pendant laquelle on accordait le remboursement des retenues aux provinces et aux territoires, aucune pénalité en vertu de la *Loi* n'a été imposée avant l'exercice 1994-1995. Un différend entre la British Columbia Medical Association et le gouvernement de la Colombie-Britannique au sujet de la rémunération a amené plusieurs médecins à se retirer du régime d'assurance-santé provincial et à faire payer le patient directement. Certains médecins facturaient à ceux-ci un montant supérieur à celui qu'ils pouvaient récupérer du régime d'assurance-santé provincial. Ce montant, qui était trop élevé, constituait une surfacturation en vertu de la *Loi*. Les déductions sont entrées en vigueur en mai 1994, incluant les ajustements d'années antérieures 1992-1993, jusqu'en septembre 1995 – année où des modifications à la *Medicare Protection Act* de la Colombie-Britannique interdisant la surfacturation sont entrées en vigueur. Des retenues totalisant 2,025 M$ étaient effectuées sur le montant versé à la Colombie-Britannique au titre du Transfert pour 1992-1993 à 1995-1996. Ces déductions et toutes les déductions subséquentes ne sont pas remboursables.

En janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé, Diane Marleau, a fait part à ses collègues provinciaux et territoriaux de son inquiétude quant à la création d'un système de soins de santé à deux vitesses et à l'émergence de cliniques privées imposant des frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires. Dans le cadre des communications qu'elle a établies avec les provinces et les territoires, elle a annoncé qu'elle leur accordait un sursis de plus de neuf mois pour éliminer les frais modérateurs, à défaut de quoi des sanctions pécuniaires leur seraient imposées en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. En conséquence, dès novembre 1995, des retenues ont été effectuées sur le montant versé à l'Alberta, au Manitoba, à la Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador au titre des paiements de transfert en raison de leur non-conformité avec la Politique fédérale sur les cliniques privées.

De novembre 1995 à juin 1996, des retenues totalisant 3,585 M$ ont été soustraites des paiements de transfert versés à l'Alberta relativement aux frais d'établissement facturés dans des cliniques offrant des services de chirurgie, d'ophtalmologie et d'avortement. Le 1er octobre 1996, l'Alberta interdisait aux cliniques de chirurgie privées d'imposer à leurs patients des frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires dont les honoraires médicaux étaient facturés au régime d'assurance-santé provincial.

Dans le même ordre d'idées, en raison de l'imposition de frais d'établissement dans une clinique d'avortement, un total de 284 430 $ a été déduit du paiement de transfert accordé à Terre-Neuve-et-Labrador avant l'abolition de ces frais, à compter du 1er janvier 1998.

De novembre 1995 à décembre 1998, les retenues totales faites aux paiements de transfert versés au Manitoba s'élevaient à 2 055 000 $; elles ont pris fin le 1er janvier 1999 lorsque la province a confirmé

l'élimination des frais modérateurs dans les cliniques de chirurgie et d'ophtalmologie. Toutefois, au cours de l'exercice 2001-2002, une retenue mensuelle (d'octobre 2001 à mars 2002, inclusivement) au montant de 50 033 $ a été faite sur les contributions pécuniaires au Manitoba au titre du TCSPS, fondée sur une déclaration financière qu'a fait la province qui démontrait que les montants réels des frais modérateurs envers des services assurés pendant les exercices 1997-1998 et 1998-1999 étaient supérieurs aux retenues appliquées basées sur des estimations. Le total des retenues appliquées au Manitoba s'élevait donc à 2 355 201 $.

Avec la fermeture de la clinique d'avortement Morgentaler à Halifax le 27 novembre 2003, il a été établi que la Nouvelle-Écosse était conforme à la Politique fédérale sur les cliniques privées. Avant la fermeture, un total de 372 135 $ avait été déduit des paiements de transfert du TCSPS accordés à la Nouvelle-Écosse pour avoir failli de couvrir les frais d'établissement pour les patientes tout en payant les honoraires médicaux.

En janvier 2003, la Colombie-Britannique a présenté un rapport financier, conformément au *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* de la *Loi canadienne sur la santé*, qui indiquait que les montants globaux réels demandés pendant l'exercice 2000-2001 en ce qui a trait à la surfacturation et aux frais modérateurs totalisaient 4 610 $. Un montant de 4 610 $ a donc été retenu du paiement de transfert du TCSPS de mars 2003.

En 2004, la Colombie-Britannique n'a pas signalé à Santé Canada les montants de la surfacturation et des frais modérateurs réels demandés pour l'exercice 2001-2002, conformément aux exigences du *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*. À la suite de rapports indiquant que la Colombie-Britannique enquêtait sur des cas d'imposition de frais modérateurs, une déduction de 126 775 $ a été appliquée au paiement du TCSPS de mars 2004 versé à la Colombie-Britannique, en fonction du montant qui aurait été imposé pendant l'exercice 2001-2002 d'après les estimations de Santé Canada.

Des déductions au titre du Transfert canadien en matière de santé de mars 2005 ont été appliquées à trois provinces concernant la facturation de patients en 2002-2003. Une déduction de 72 464 $ a été appliquée à la Colombie-Britannique. Cette province avait indiqué qu'une surfacturation et des frais modérateurs avaient été appliqués par des cliniques de chirurgie. Une déduction de 1 100 $ a été appliquée à Terre-Neuve-et-Labrador, en raison de frais imposés aux patients pour des services d'imagerie par résonance magnétique dans un hôpital, et une déduction de 5 463 $ a été appliquée à la Nouvelle-Écosse à titre de rapprochement pour des déductions ayant déjà été appliquées pour des frais imposés à des patients d'une clinique privée de cette province.

Des déductions au titre du TCS de mars 2006 ont été appliquées à la Colombie-Britannique pour la surfacturation pratiquée et les frais exigés des patients à des cliniques de chirurgie en 2003-2004. Ces déductions ont été de 29 019 $ et ont été calculées sur la base des frais que la province a déclarés à Santé Canada.

Un rajustement positif ponctuel de 8 121 $ en faveur de la Nouvelle-Écosse a été appliqué au TCS de mars 2006 afin de faire concorder les sommes effectivement exigées sous forme de surfacturation et de frais d'utilisation à une clinique privée avec les pénalités déjà imposées sur la base des estimations de la province pour l'exercice financier 2003-2004.

Des déductions au titre du TCS de mars 2007 ont été appliquées à la Colombie-Britannique pour la surfacturation pratiquée et les frais exigés des patients à des cliniques de chirurgie en 2004-2005. Ces déductions ont été de 114 850 $ et elles ont été calculées sur la base des frais que la province a déclarés à Santé Canada.

Des déductions au titre du TCS de mars 2007 ont aussi été appliquées à la Nouvelle-Écosse pour la surfacturation en 2004-2005. Ces déductions ont été de 9 460 $, et elles ont été calculées sur la base des frais que la province a déclarés à Santé Canada.

Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi canadienne sur la santé*, d'avril 1984 à mars 2007, une déduction totale de 8 977 386 $ a été appliquée à des transferts provinciaux en raison des dispositions de la *Loi* sur la surfacturation et les frais modérateurs. Ce montant exclut les déductions totalisant 244 732 000 $ qui ont été effectuées entre 1984 et 1987 et qui ont été remboursées par la suite aux provinces lorsque la surfacturation et les frais modérateurs ont été éliminés.

CHAPITRE 3

Les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux en 2006-2007

Le chapitre 3 porte sur les 13 régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux qui constituent le système public d'assurance-santé du Canada. Il a pour objet de montrer avec clarté et méthode dans quelle mesure les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires ont satisfait aux exigences de la *Loi canadienne sur la santé* en 2006-2007.

Les représentants officiels des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral ont collaboré afin de produire les aperçus du plan détaillé que l'on retrouve au chapitre 3. Toutes les provinces ainsi que les territoires ont soumis des informations descriptives détaillées de leurs plans d'assurance-santé, sauf le Québec qui n'a pas fourni les données supplémentaires inscrites dans les tableaux du rapport de cette année. L'information que les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé ont transmise pour le rapport comporte deux volets :

- une description du système de soins de santé provincial ou territorial en fonction des cinq conditions d'octroi et de la première condition de la *Loi canadienne sur la santé* (à savoir fournir au ministre de la Santé des renseignements sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé), présentée plus loin dans le présent chapitre;
- des statistiques liées aux services de santé assurés.

L'information présentée dans le premier volet sert au suivi des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux et à la vérification de la conformité aux prescriptions de la *Loi canadienne sur la santé*, tandis que les statistiques permettent de dégager les tendances actuelles ou qui se dessinent dans le système de soins de santé canadien.

Pour aider les provinces et les territoires qui préparent leur contribution au rapport à le faire conformément à ses exigences, Santé Canada leur a fourni le document Rapport annuel de 2006-2007 sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* – Guide de mise à jour des présentations. Cet ouvrage a été conçu par voie de discussions avec les fonctionnaires provinciaux et territoriaux. Les révisions qui y sont apportées chaque année reposent sur l'analyse faite par Santé Canada des descriptions des régimes d'assurance-santé tirées des rapports précédents et de son évaluation des nouveaux problèmes liés aux services de santé assurés.

En ce qui a trait au Rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* 2006-2007, le processus a débuté vers la fin du printemps 2007 : des téléconférences bilatérales avec chacune des administrations ont été tenues et la version actualisée du Guide de mise à jour des présentations a été envoyée aux provinces et aux territoires.

Descriptions des régimes d'assurance-santé

Pour le chapitre suivant, on a demandé aux fonctionnaires provinciaux et territoriaux de fournir une description de leurs régimes d'assurance-santé. Ces descriptions respectent les critères énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* pour illustrer comment les régimes satisfont à ces critères. Cette description

comporte également des renseignements sur les moyens pris par chaque province ou territoire pour reconnaître la contribution financière du gouvernement fédéral aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé dans son secteur de compétence, conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, ainsi qu'une section qui décrit l'éventail des services de santé fournis dans chaque secteur de compétence.

Statistiques sur les régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé

En 2003-2004, la section sur les statistiques avait été simplifiée et rationalisée en fonction des commentaires reçus des fonctionnaires provinciaux ou territoriaux et d'un examen de la qualité et de la disponibilité des données. Le format du rapport de 2006-2007 a été rationalisé davantage. Les statistiques supplémentaires sont encore présentées à la suite de la description narrative du système de chaque province et de chaque territoire, à l'exception du Québec.

Les tableaux statistiques visent à situer l'application de la *Loi canadienne sur la santé* dans son contexte et à donner un aperçu national des tendances dans la prestation et le financement des services assurés qui relèvent de la *Loi* fédérale.

Les tableaux statistiques renferment des données sur les ressources et les coûts pour les services hospitaliers, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire, par province et territoire, pour cinq exercices consécutifs se terminant le 31 mars 2007. Toute l'information a été fournie par des fonctionnaires provinciaux et territoriaux.

Bien que des efforts soient déployés pour saisir uniformément les données, il existe des différences dans la manière dont les gouvernements provinciaux et territoriaux déclarent les programmes et les services de soins de santé. Par conséquent, il n'y a pas de comparaisons entre les administrations. Les gouvernements des provinces et des territoires sont responsables de la qualité et de l'exhaustivité des données qu'ils fournissent.

Organisation des renseignements

Les renseignements contenus dans les tableaux sont groupés selon les huit sous-sections décrites ci-dessous.

Personnes inscrites : Nombre de résidents inscrits au régime d'assurance de soins de santé de chaque province ou territoire.

Services hospitaliers assurés offerts dans la province ou le territoire : Les statistiques dans cette sous-section concernent la prestation de services hospitaliers assurés aux résidents de la province ou du territoire ainsi qu'aux résidents d'ailleurs au Canada qui sont en visite dans la province ou le territoire.

Services hospitaliers assurés offerts dans une autre province ou un autre territoire : Cette sous-section présente les services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur de la province ou du territoire qui sont payés par la province ou le territoire de résidence d'une personne en visite dans une autre région du Canada.

Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada : Les services hospitaliers offerts à l'extérieur du pays représentent les coûts hospitaliers afférents aux résidents du Canada se trouvant temporairement à l'extérieur du pays qui sont payés par leur province ou leur territoire de résidence respectif.

Services médicaux assurés offerts dans la province ou le territoire : Les statistiques de cette sous-section concernent la prestation de services médicaux assurés aux résidents de chaque province ou territoire ainsi qu'aux visiteurs provenant d'autres régions du Canada.

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire : Cette sous-section présente les services médicaux qui sont payés par une administration aux autres provinces et territoires pour ses résidents en visite.

Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada : Les services médicaux offerts à l'extérieur du pays représentent les coûts des services médicaux afférents aux résidents du Canada se trouvant temporairement à l'extérieur du pays qui sont payés par leur province ou leur territoire de résidence respectif.

Services de chirurgie dentaire assurés offerts dans la province ou le territoire : Les renseignements contenus dans cette sous-section décrivent les services de chirurgie dentaire offerts dans chaque province ou territoire.

Terre-Neuve-et-Labrador

Introduction

À Terre-Neuve-et-Labrador, la plupart des services de santé publics sont assurés par quatre régies régionales de la santé. Ces dernières régissent tout le continuum des soins, dont la santé publique, les services communautaires, les soins actifs et les soins de longue durée.

C'est le gouvernement provincial qui nomme les membres des conseils d'administration, qui y siègent à titre bénévole. Ces régies sont responsables de la prestation des services de santé et des services communautaires dans leurs régions et, dans certains cas, dans l'ensemble de la province. Les régies régionales consultent le public et les intervenants pour déterminer les besoins en matière de santé. Les régies régionales sont financées par le gouvernement provincial, auquel elles doivent rendre compte de leurs activités. Le ministère de la Santé et des Services communautaires leur fournit une orientation stratégique et surveille les programmes et les services.

À Terre-Neuve-et-Labrador, tout près de 19 000 fournisseurs et administrateurs de services de santé offrent des services de santé à 505 000 résidents (d'après le recensement de 2006).

En mai 2006, le Ministère a annoncé la réinscription au régime d'assurance-santé de la province en vue d'accroître la sécurité des bénéficiaires et de renforcer les contrôles relativement à l'administration du programme. Grâce à cette mesure, seuls les bénéficiaires admissibles qui résident en permanence dans la province peuvent se prévaloir de la couverture du régime d'assurance-santé. Tous les résidents de la province ont été tenus de remplir un formulaire de réinscription pour recevoir une nouvelle carte du régime d'assurance-santé. Toutes les nouvelles cartes afficheront une date d'expiration, ce qui permettra au gouvernement d'assurer un suivi efficace des demandes présentées au régime d'assurance-santé et de vérifier que seuls les résidents admissibles de Terre-Neuve-et-Labrador reçoivent des services assurés par le régime provincial. Il s'agit du premier remaniement majeur du programme depuis sa mise en place en 1969.

Voici d'autres initiatives clés mises en œuvre au cours de l'année :

- Une nouvelle loi, la *Pharmaceutical Services Act*, a été adoptée par la Chambre d'assemblée le 12 décembre 2006 et est entrée en vigueur par proclamation le 31 janvier 2007. Cette nouvelle loi offre un soutien au Newfoundland and Labrador Prescription Drug Plan (NLPDP) [régime de médicaments d'ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador] et à d'autres programmes connexes.
- Dans le cadre de la Stratégie de réduction de la pauvreté de la province, le gouvernement a élargi les critères d'admissibilité au NLPDP de façon à inclure davantage de résidents à faible revenu. Cette initiative permettra d'accroître le nombre de résidents admissibles d'environ 85 000.
- Les investissements dans l'infrastructure de la santé se rapportaient notamment à de nouveaux projets d'établissements de soins de longue durée dans les régions de l'Est, de l'Ouest et de Labrador/Grenfell. La construction d'un nouveau centre de traitement des dépendances a débuté dans la région de l'Ouest.
- La ligne HealthLine, le nouveau service de télésanté de la province, a été officiellement lancée en septembre 2006; elle offre gratuitement, aux résidents de la province, de l'information et des conseils en matière de santé, tous les jours, 24 heures sur 24.

- Dans le cadre du Budget de 2006, une somme de 4,1 millions de dollars a été attribuée pour des améliorations au régime de soins dentaires pour enfants en augmentant considérablement les frais prévus au barème d'honoraires provincial de manière à ce qu'ils se rapprochent davantage des frais exigés par les dentistes.
- Le Budget de 2006 a prévu une somme de 15,6 millions de dollars pour de nouveaux équipements de dépistage et de traitement du cancer dans le cadre de la nouvelle stratégie de lutte contre le cancer. Cet investissement comprend 3,3 millions de dollars pour la construction de deux chambres radio-protégées qui recevront des appareils de radiothérapie, 2,2 millions de dollars pour des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein et 10 millions de dollars pour de nouveaux traitements et médicaments.
- Depuis septembre 2006, les médicaments servant au traitement de la maladie d'Alzheimer sont couverts par le régime de médicaments d'ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador en vertu d'une autorisation spéciale.

Le Ministère continue de s'employer à fournir à la population l'accès à des services sanitaires et communautaires de qualité, tout en composant avec le vieillissement de la population, les contraintes financières et les problèmes d'ordre géographique ou liés aux ressources humaines.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les régimes d'assurance de soins de santé gérés par le Ministère sont l'assurance-hospitalisation et l'assurance-santé. Ils sont sans but lucratif et administrés par un organisme public.

La *Hospital Insurance Agreement Act* est la loi qui régit le régime d'assurance-hospitalisation. Elle confère au ministre de la Santé et des Services communautaires le pouvoir d'établir des règlements visant la prestation des services assurés aux habitants de la province, selon des modalités uniformes, en application des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* et de son *Règlement*.

La *Medical Care Insurance Act* (1999) habilite le ministre à administrer un régime d'assurance-santé pour les habitants de la province. Elle prévoit l'élaboration de règlements, de sorte que ses dispositions continuent d'être conformes à celles de la *Loi canadienne sur la santé* relativement à l'administration du régime d'assurance-santé.

Le régime d'assurance-santé facilite la prestation de soins médicaux complets à tous les habitants de la province par l'adoption de politiques, de procédures et de systèmes qui permettent de rémunérer comme il se doit les prestataires de services professionnels assurés. Le régime d'assurance-santé est mis en application en conformité avec les dispositions de la *Medical Care Insurance Act* (1999) et de son *Règlement* et avec la *Loi canadienne sur la santé*.

Aucune modification n'a été apportée en 2006-2007 à la *Medical Care Insurance Act* (1999) ni à la *Hospital Insurance Agreement Act*.

1.2 Liens hiérarchiques

Le Ministère a le mandat d'administrer les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-santé. Il rend des comptes sur ces régimes au moyen des processus législatifs prévus, comme la présentation des comptes publics ou des prévisions budgétaires au comité des prévisions budgétaires de la Chambre d'assemblée.

Par ailleurs, il présentera son rapport annuel pour 2006-2007 à la Chambre d'assemblée à l'automne 2007. Les quatre régies régionales de la santé et quelques agences de santé présenteront également leurs rapports.

Le rapport annuel du Ministère montre les réalisations de 2006-2007 et donne un aperçu des initiatives et des programmes dont l'élaboration se poursuivra en 2007-2008. Le rapport est un document public et il est transmis aux intéressés. Il sera affiché sur le site Web du Ministère, à www.health.gov.nl.ca/health.

1.3 Vérification des comptes

Chaque année, le vérificateur général de la province effectue une vérification indépendante des comptes publics provinciaux. Les dépenses du régime d'assurance-santé font maintenant partie des comptes publics. Le vérificateur général dispose d'un accès complet et sans restriction aux dossiers du régime d'assurance-santé.

Les quatre régies régionales de la santé sont soumises à des vérifications de leurs états financiers, à des examens et à des vérifications de la conformité. Les vérifications des états financiers sont effectuées par des cabinets de vérificateurs indépendants choisis par les régies de la santé, conformément à la *Public Tendering Act*. Les missions d'examen, les vérifications de la conformité et les vérifications auprès des médecins sont effectuées par le personnel du Ministère, aux termes de la *Medical Care Insurance Act* (1999) de la province. Les dossiers des médecins et ceux des sociétés médicales professionnelles ont été examinés pour vérifier si l'information concorde avec les services facturés et si ces derniers sont assurés aux termes du régime d'assurance-santé.

Des vérifications auprès des bénéficiaires ont été effectuées par le personnel du Ministère aux termes de la *Medical Care Insurance Act* (1999). Des prestataires individuels sont choisis au hasard, toutes les deux semaines.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Insurance Agreement Act* et le *Hospital Insurance Regulations 742/96* (1996) régissent les services hospitaliers assurés à Terre-Neuve-et-Labrador.

Les services hospitaliers assurés sont fournis à des malades externes ou hospitalisés par 36 établissements (14 hôpitaux et 22 centres de santé communautaire) et 14 postes de soins infirmiers. Les services aux malades hospitalisés comprennent ce qui suit : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers; les services de laboratoire et de radiologie, et les autres services de diagnostic; les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes; les fournitures médicales et chirurgicales, les salles d'opération, les salles de travail et les installations d'anesthésie; les services de réadaptation (p. ex. physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie); les consultations externes et d'urgence; les chirurgies d'un jour.

La politique de couverture des services hospitaliers assurés est associée à la politique de couverture des services médicaux assurés. Le ministère de la Santé et des Services communautaires gère l'ajout ou le retrait de services hospitaliers de la liste des services assurés selon les instructions du ministre. Aucun service n'a été ajouté ni retiré en 2006-2007.

2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante qui régit les services médicaux assurés est la *Medical Care Insurance Act* (1999).

Les règlements d'application de cette loi sont les suivants :

- le *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*;
- le *Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations*;

- le *Medical Care Insurance Physician and Fees Regulations*.

Les médecins qui détiennent un permis d'exercice sont autorisés à fournir des services médicaux assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé. Le permis doit avoir été délivré par le College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador pour que le médecin puisse exercer dans la province. En 2006-2007, la province comptait 985 médecins.

Pour être assuré, un service doit figurer à l'article 3 du *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*; être nécessaire sur le plan médical; ou faire l'objet d'une recommandation à cet effet par le ministère de la Santé et des Services communautaires. Aucune limite ne s'applique pour les services assurés, pour autant que les critères ci-dessus soient respectés.

Aux fins de la *Loi*, les services suivants sont couverts :

- tous les services fournis de façon justifiée et adéquate par des médecins à des patients souffrant d'une maladie qui exige un traitement ou un conseil médical;
- les immunisations ou inoculations de groupe effectuées par des médecins à la demande d'une autorité compétente;
- les services de laboratoire, de radiologie et autres services thérapeutiques ou diagnostiques fournis dans des établissements approuvés par une autorité compétente, et qui ne sont pas fournis en vertu de la *Hospital Insurance Agreement Act* et du *Règlement* pris en application de cette Loi.

Les médecins peuvent décider de ne pas participer au régime d'assurance-santé, aux termes du paragraphe 12(1) de la *Medical Care Insurance Act* (1999) :

(1) Si un médecin fournissant des services assurés n'est pas un médecin participant, il n'est pas soumis à la présente *Loi* ni aux règlements relatifs à la prestation de services assurés ou au paiement de ces services au moment où il fournit un service assuré à un patient, sauf qu'il doit :

a) avant de donner le service assuré, s'il désire se réserver le droit de facturer le patient pour le service en question d'un montant qui excède celui payable par le Ministère en vertu de la présente *Loi*, informer le patient qu'il n'est pas un médecin participant et qu'il peut donc facturer le patient directement;

b) donner au patient à qui il a fourni le service assuré les renseignements exigés par le Ministère pour qu'il autorise le versement au patient du paiement du service assuré, en vertu de la présente *Loi*.

(2) Si un médecin fournissant des services assurés n'est pas un médecin participant par l'entremise d'une corporation médicale, cette corporation n'est pas soumise à la présente *Loi* ni au règlement relatif à la prestation de services assurés aux bénéficiaires ou au paiement de ces services. La corporation médicale et le médecin fournissant les services assurés doivent se conformer au paragraphe (1).

En date du 31 mars 2007, aucun médecin ne s'était retiré du régime d'assurance-santé.

Une directive ministérielle est requise pour effectuer un ajout ou une suppression à la liste des services médicaux assurés. Ce processus est géré par le Ministère en consultation avec divers intervenants, dont l'association médicale provinciale et le public. Il n'y a pas eu d'ajout ni de suppression à la liste des services médicaux couverts par le régime d'assurance-santé en 2006-2007.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Le régime de chirurgie dentaire provincial est un élément du régime d'assurance-santé. Les traitements de chirurgie dentaire justifiés et adéquats, fournis à un assuré par un dentiste dans un hôpital, sont couverts par le régime d'assurance-santé s'ils comptent parmi les types de traitements assurés du barème d'honoraires.

Tous les dentistes qui détiennent un permis d'exercice à Terre-Neuve-et-Labrador et des privilèges hospitaliers sont autorisés à fournir des services de chirurgie dentaire. Ce permis est délivré par le Newfoundland Dental Licensing Board. En 2006-2007, la province comptait 27 dentistes autorisés.

Les dentistes peuvent décider de se retirer du régime d'assurance-santé. Dans ce cas, ils doivent informer les patients de leur statut de dentiste non participant, leur indiquer les frais prévus et leur remettre un document où sont consignés les services fournis et les frais facturés.

Puisque le programme de chirurgie dentaire est un élément du régime d'assurance-santé, la modification de la liste des services assurés s'effectue selon les mêmes modalités que pour le régime d'assurance-santé.

L'ajout d'un service de chirurgie dentaire à la liste des services assurés doit être approuvé par le Ministère.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-santé sont les suivants : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la chirurgie esthétique et les autres services jugés non médicalement nécessaires; le transport, en ambulance ou autrement, d'un patient qui se rend à l'hôpital ou qui a obtenu son congé de l'hôpital; les soins infirmiers privés demandés par le patient; les radiographies non médicalement nécessaires ou autres services demandés pour des raisons associées à l'emploi ou à l'assurance; les médicaments (à l'exception des médicaments anti-rejet et de l'AZT) et les appareils prescrits pour usage après le congé de l'hôpital; les téléphones, les radios ou les téléviseurs destinés à un usage personnel et non à des fins éducatives; les attelles de fibre de verre; les services couverts par les lois sur l'indemnisation des accidentés du travail ou par toute autre loi fédérale ou provinciale; les services associés aux avortements thérapeutiques effectués dans des établissements non autorisés ou non approuvés par le College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador.

S'il est déterminé qu'un service n'est pas couvert par le régime d'assurance-santé, l'utilisation connexe d'installations hospitalières ne sera pas couverte par le régime d'assurance-hospitalisation.

Aux fins de la *Medical Care Insurance Act* (1999), voici une liste des services médicaux non assurés :

- les conseils que le médecin donne au téléphone à un bénéficiaire;
- la distribution par un médecin de produits médicinaux, de médicaments ou d'appareils médicaux ainsi que la remise ou la rédaction d'une ordonnance médicale;
- la préparation par un médecin de dossiers, de rapports ou de certificats pour un patient, ou en son nom, ou toute communication avec un patient ou concernant un patient;
- les services rendus par un médecin à son épouse ou à ses enfants;
- les services auxquels un patient a droit en vertu d'une loi du Parlement du Canada, de la province de Terre-Neuve-et-Labrador, d'une autre province ou d'un territoire du Canada ou d'un pays étranger;
- le temps ou les dépenses associés à un déplacement effectué en vue de donner une consultation à un patient;
- les services ambulanciers et les autres formes de transport de patients;
- l'acupuncture et tous les actes et services connexes, à l'exclusion de l'évaluation visant à établir le diagnostic de la maladie qui serait traitée par acupuncture;
- les examens qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ou qui sont effectués à la demande d'un tiers, sauf s'ils sont précisés par l'autorité compétente;

- la chirurgie plastique ou toute autre chirurgie à visée purement esthétique, sauf en cas d'indication médicale;
- les témoignages en cour;
- les consultations d'optométristes, d'omnipraticiens et d'ophtalmologistes visant uniquement à déterminer si des lunettes ou des verres de contact doivent être prescrits ou remplacés;
- les honoraires des dentistes, des chirurgiens stomatologistes ou des omnipraticiens pour les extractions dentaires courantes effectuées à l'hôpital;
- les traitements au fluorure chez les enfants de moins de quatre ans;
- l'excision de xanthélasmas; la circoncision des nouveau-nés;
- l'hypnothérapie; l'examen médical des conducteurs;
- les traitements de l'alcoolisme et des toxicomanies effectués à l'extérieur du Canada;
- les consultations exigées par le règlement de l'hôpital;
- les avortements thérapeutiques pratiqués dans la province dans un établissement non approuvé par le College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador;
- la chirurgie pour changement de sexe, en l'absence de recommandation du Clarke Institute of Psychiatry;
- la fécondation in vitro et la stimulation ovarienne avec insémination;
- la réperméabilisation tubaire ou la vasovasostomie;
- les actes chirurgicaux, thérapeutiques ou diagnostiques non fournis dans les établissements autres que ceux figurant à l'annexe de la *Hospitals Act* ou approuvés en vertu de l'alinéa 3 d);
- les autres services non prévus à l'article 3 de la *Loi*.

La plupart des services de diagnostic (p. ex. les services de laboratoire et de radiographie) sont fournis dans les établissements publics de la province. La politique hospitalière sur l'accès assure qu'un accès prioritaire n'est pas accordé aux tiers.

Les fournitures ainsi que les services médicaux, le cas échéant, associés à un service assuré, sont fournis aux patients gratuitement et conformément aux normes nationales régissant la pratique. Les patients ont le droit d'avoir des fournitures ou des services améliorés moyennant un supplément. Les normes concernant les fournitures médicales sont élaborées par les hôpitaux qui assurent ces services, par voie de consultation avec les fournisseurs de services.

Les services de chirurgie dentaire et les autres services non couverts par le programme de chirurgie dentaire sont les honoraires du dentiste, du chirurgien stomatologiste ou de l'omnipraticien pour les extractions dentaires courantes effectuées à l'hôpital.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

Les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador sont admissibles à la couverture en vertu de la *Medical Care Insurance Act* (1999) et de la *Hospital Insurance Agreement Act*. Au sens de la *Medical Care Insurance Act* (1999), un « habitant » est une personne légalement autorisée à vivre ou à rester au Canada et qui réside dans la province, ou qui y vit habituellement, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.

Le *Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations (Règlement 20-96)* désigne les habitants admissibles à la couverture des régimes. Le régime d'assurance-santé a établi des règles garantissant l'application juste et uniforme du *Règlement* lors du

traitement des demandes de couverture. Le régime d'assurance-santé applique la norme suivante : les personnes qui déménagent à Terre-Neuve-et-Labrador d'une autre province deviennent admissibles le premier jour du troisième mois suivant leur arrivée.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à la couverture des régimes : les étudiants et leurs personnes à charge qui sont couverts par le régime d'une autre province ou d'un territoire; les personnes à charge d'un habitant de la province, si elles sont couvertes par le régime d'une autre province ou d'un territoire; les réfugiés, les demandeurs du statut de réfugié et leurs personnes à charge; les travailleurs étrangers détenant des permis de travail ainsi que leurs personnes à charge qui ne répondent pas aux critères établis; les étudiants étrangers et leurs personnes à charge; les personnes qui font du tourisme, sont de passage ou en visite dans la province ainsi que leurs personnes à charge; les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC); les détenus sous responsabilité fédérale; les membres des Forces armées d'autres pays stationnés dans la province.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour avoir accès aux services assurés, une personne doit être inscrite au régime d'assurance-santé et posséder une carte d'assurance-santé valide. Il est conseillé aux nouveaux arrivants de faire leur demande d'inscription le plus tôt possible après leur arrivée à Terre-Neuve-et-Labrador. Un processus de réinscription au régime d'assurance-santé de la province a débuté en 2006. Tous les résidents de la province ont été tenus de remplir un formulaire de réinscription pour recevoir une nouvelle carte du régime d'assurance-santé. La date limite initiale du 3 mars 2007 a été reportée au 31 juillet 2007. Presque 450 000 résidents (ou 90 % de la population totale) s'étaient inscrits au 31 mars 2007.

L'inscription d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté incombe aux parents. Les parents d'un nouveau-né reçoivent un formulaire de demande d'inscription au moment du congé de l'hôpital. Dans la plupart des cas, le numéro de la carte d'assurance-santé valide du père ou de la mère doit figurer sur la demande faite pour l'enfant. Si l'enfant ne porte ni le nom de famille du père ni celui de la mère, un certificat de naissance ou de baptême est exigé.

Les demandes d'inscription d'un enfant adopté doivent être accompagnées d'une copie des documents d'adoption officiels, du certificat de naissance ou de l'avis de placement en adoption émis par le Ministère. Les demandes d'inscription d'un enfant adopté à l'étranger doivent être accompagnées de documents attestant qu'il est résident permanent.

3.3 Autres catégories de personnes

Les travailleurs et les ecclésiastiques étrangers, ainsi que les personnes à charge des membres de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN), sont admissibles à la couverture de l'assurance-santé. Les détenteurs de permis ministériels le sont également, sous réserve de l'approbation du régime d'assurance-santé. Environ 550 bénéficiaires sont couverts en vertu d'un permis de travail, et un seul, en vertu d'un permis ministériel. Environ cinq personnes à charge de membres de l'OTAN sont aussi couvertes. Les ecclésiastiques sont comptés parmi les détenteurs de permis de travail ou dans une autre catégorie, si bien que leur nombre exact est difficile à déterminer.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent à Terre-Neuve-et-Labrador sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les personnes venues de l'étranger qui établissent leur résidence dans la province sont admissibles le jour même de leur arrivée. Les mêmes règles s'appliquent aux membres des Forces canadiennes et de la GRC au moment de la cessation d'emploi et aux détenus libérés de pénitenciers fédéraux. Cependant, pour que la couverture entre en vigueur, ces personnes doivent s'inscrire au régime d'assurance-santé. Les personnes venues de l'étranger qui sont autorisées à travailler dans la province pour une année ou plus sont immédiatement couvertes.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

La province de Terre-Neuve-et-Labrador est partie à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité en ce qui concerne les questions ayant trait à la transférabilité des services assurés au Canada.

Les articles 12 et 13 du *Hospital Insurance Regulations* (1996) définissent la transférabilité de la couverture des soins hospitaliers au cours d'absences temporaires au Canada et à l'étranger. La transférabilité de la couverture des soins médicaux au cours d'absences temporaires au Canada ou à l'étranger est définie dans la politique du Ministère.

Les politiques d'admissibilité aux services hospitaliers assurés et d'admissibilité aux services médicaux assurés sont liées, mais il n'existe pas de processus officiel à cet égard.

Les habitants de la province sont couverts pendant une absence temporaire au Canada. Le gouvernement a conclu, avec les autres provinces et les territoires, des ententes officielles de facturation des services hospitaliers assurés (Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers). Les coûts de ces services sont remboursés aux taux normalisés approuvés par la province ou le territoire où les services ont été rendus. Les interventions coûteuses pour le traitement de malades hospitalisés et les services aux malades externes sont remboursés aux taux nationaux convenus entre les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires par l'entremise du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).

Les services médicaux reçus dans une autre province, sauf au Québec, ou dans un territoire sont payés en vertu de l'Entente de facturation réciproque des soins médicaux, aux taux de la province ou du territoire où le service a été rendu. Les réclamations concernant les services médicaux reçus au Québec sont présentées par le patient au régime d'assurance-santé, et le paie-ment est effectué aux taux en vigueur dans cette province.

Pour être admissible à la couverture à l'extérieur de la province, le bénéficiaire doit satisfaire aux exigences de la *Loi* et respecter les règles du régime d'assurance-santé relatives à la résidence à Terre-Neuve-et-Labrador. Pour être assuré, un habitant doit résider dans la province pour une période consécutive de quatre mois pour chaque période de 12 mois. En général, les règles qui s'appliquent à la couverture des soins médicaux et hospitaliers sont les suivantes :

- Avant de quitter la province pour une longue période, la personne doit communiquer avec le régime d'assurance-santé pour obtenir un certificat de couverture à l'extérieur de la province.
- L'assuré qui part en vacances à l'extérieur de la province peut recevoir un certificat initial de couverture à l'extérieur de la province valide pour 12 mois, au plus. À son retour, il devra résider dans la province pendant une période consécutive d'au moins quatre mois. La période de couverture des certificats suivants se limitera à huit mois.
- L'étudiant qui quitte la province peut recevoir un certificat, renouvelable chaque année, à condition de fournir une preuve d'inscription à plein temps dans un établissement d'enseignement agréé situé à l'extérieur de la province.
- La personne qui va occuper un emploi à l'extérieur de la province peut recevoir un certificat de couverture d'au plus 12 mois. Une vérification relative à l'emploi peut être exigée.

- La personne qui établit sa résidence dans une autre province, un territoire ou un autre pays ne doit pas rester inscrite au régime d'assurance-santé de la province.
- Le certificat de couverture à l'extérieur de la province n'est pas exigé pour les voyages de moins de 30 jours, mais peut être délivré sur demande.
- Pour les voyages de plus de 30 jours à l'extérieur de la province, un certificat est exigé comme preuve que la personne peut payer les services qu'elle reçoit pendant son séjour à l'extérieur de la province.

La personne qui omet de demander un certificat de couverture à l'extérieur de la province ou qui ne respecte pas les règles relatives à la résidence peut devoir payer le coût total des services médicaux ou hospitaliers reçus à l'extérieur de la province.

L'assuré qui déménage de façon permanente ailleurs au Canada est couvert jusqu'au dernier jour, inclusivement, du deuxième mois suivant le mois de son départ. La couverture cesse immédiatement dans le cas d'un déménagement permanent à l'étranger.

En 2006-2007, la somme totale payée par le régime d'assurance-santé pour des services médicaux reçus par des résidents dans une autre province ou un autre territoire s'élevait à 6 290 000 $.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'étranger

La province offre une couverture à ses habitants pendant leurs absences temporaires à l'étranger. Les services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés ou externes sont couverts en cas d'urgence, de maladies subites et d'interventions non urgentes, à des taux établis. Les services hospitaliers à des malades hospitalisés ou externes fournis à l'étranger peuvent être couverts par le régime s'ils ont été fournis dans un établissement agréé (autorisé ou approuvé par l'autorité compétente de l'État ou du pays). Le montant maximal payable par l'assurance-hospitalisation gouvernementale pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés est de 350 $ par jour, dans le cas d'un hôpital communautaire ou régional, et de 465 $, dans le cas d'un hôpital de soins tertiaires (établissement hautement spécialisé). Le taux approuvé pour les services à des malades externes est de 62 $ par visite, et de 220 $ par séance d'hémodialyse. Les taux approuvés sont en devise canadienne.

En 2006-2007, la somme totale payée par le régime d'assurance-santé pour des services médicaux assurés reçus à l'extérieur du Canada s'élevait à 130 000 $.

Les services médicaux sont couverts en cas d'urgence ou de maladie subite, ou s'ils ne sont pas disponibles dans la province ou ailleurs au Canada. Ils sont payés au taux en vigueur à Terre-Neuve-et-Labrador pour les mêmes services. Si le service n'est pas disponible à Terre-Neuve-et-Labrador, le taux payé est celui de l'Ontario ou de la province où il est disponible.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

L'approbation préalable n'est pas exigée pour les services assurés médicalement nécessaires donnés par des hôpitaux autorisés ou par des médecins habilités dans les autres provinces ou les territoires.

Si un habitant de la province doit aller à l'étranger pour recevoir des soins hospitaliers spécialisés parce que le service assuré n'est pas disponible au Canada, le régime provincial d'assurance-santé payera le coût des services nécessaires à ses soins. Toutefois, l'approbation préalable du Ministère est alors exigée, et le médecin qui dirige le patient vers un établissement étranger doit communiquer avec le Ministère ou le régime d'assurance-santé pour l'obtenir.

L'approbation préalable du régime d'assurance-santé n'est pas exigée dans le cas de services médicaux; il est toutefois recommandé aux médecins de la demander pour sensibiliser les patients aux coûts associés à ces services. Les omnipraticiens et les spécialistes peuvent demander cette approbation au nom de leurs patients.

L'approbation préalable n'est pas accordée dans le cas de traitements non urgents si les services sont disponibles dans la province ou ailleurs au Canada.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

À Terre-Neuve-et-Labrador, l'accès aux services de santé assurés est accordé selon des modalités uniformes. Dans la province, il n'existe aucune exigence de participation aux frais, dans le cas des services hospitaliers assurés, ni aucune surfacturation par les médecins.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Terre-Neuve-et-Labrador compte un effectif de professionnels des soins de santé de près de 19 000 personnes. La moitié de ces personnes font partie de groupes professionnels réglementés.

La disponibilité des professionnels de la santé constitue une priorité absolue de la province, particulièrement dans les régions rurales.

En 2006-2007, le ministère de la Santé et des Services communautaires a continué de concrétiser son engagement d'assurer la planification des ressources humaines en santé dans la province. Le comité de planification de l'effectif médical a été formé en mars 2005 afin d'établir un plan de ressources humaines pour les médecins et a poursuivi son travail tout au long de l'année. Le Ministère a participé au réseau infirmier de la province; il a formé un réseau du personnel des services de diagnostic ainsi qu'un réseau des professionnels paramédicaux pour s'assurer que les intervenants du système ont la possibilité de participer à la planification des ressources humaines. Des employeurs, des éducateurs, des syndicats, le gouvernement et des associations professionnelles sont représentés au sein de ces réseaux.

En plus des réseaux de travailleurs, les vice-présidents des ressources humaines des régies régionales de la santé se sont réunis sur une base régulière et ont formé des sous-comités comptant des représentants de leurs organisations et du gouvernement. Un sous-comité a été formé pour la planification des ressources humaines à l'automne 2006; il s'est réuni à plusieurs reprises pour formuler des recommandations sur les principaux enjeux liés à l'effectif. Le personnel responsable de la planification a participé à plusieurs groupes et comités d'experts ainsi qu'au Comité consultatif sur les ressources humaines en santé dans les Provinces atlantiques. Plusieurs initiatives ciblées se sont penchées sur des problèmes actuels et envisagés touchant l'effectif, dont le recrutement et le maintien en poste des pharmaciens cliniciens et du personnel des services de diagnostic, et ont évalué les besoins à venir quant aux diplômés en travail social et en sciences infirmières.

Le Ministère a continué d'offrir des incitatifs pour recruter des médecins, des infirmières autorisées, des audiologistes, des orthophonistes, des pathologistes, des pharmaciens et d'autres professionnels de la santé en 2006-2007.

Les services hospitaliers assurés sont fournis par 36 hôpitaux et centres de santé partout à Terre-Neuve-et-Labrador. Tous les établissements fournissent des services d'urgence 24 heures sur 24, des services de consultation externe ainsi que des services de laboratoire et de radiologie. Les autres services varient d'un établissement à l'autre, et vont de la chirurgie générale, de la médecine interne et de l'obstétrique aux services spécialisés comme la cardiologie et la neurologie. Des soins quaternaires ne sont pas offerts à Terre-Neuve-et-Labrador; les habitants de la province doivent donc se rendre ailleurs pour obtenir ces services.

Le financement fédéral en vertu de l'Accord sur la santé de 2004 a permis à Terre-Neuve-et-Labrador de continuer d'investir pour améliorer l'accès aux services clés en achetant des appareils médicaux, en modernisant des appareils diagnostiques et médicaux

et en étendant certains services à tous les principaux centres de soins de santé de la province. Le gouvernement a investi 28,6 millions de dollars au cours des deux dernières années budgétaires dans le but de réduire les délais d'attente pour certains services de santé, d'acheter des appareils pour accroître la capacité et d'appuyer une nouvelle équipe de gestion des délais d'attente.

Terre-Neuve-et-Labrador réussit à réduire les délais d'attente pour certains services de santé. La province a déjà atteint les normes nationales ou s'en approche dans les cinq domaines prioritaires spécifiés dans l'Accord sur la santé de 2004. Le Ministère a déjà commencé à planifier une garantie de délai d'attente pour les chirurgies cardiaques en vue d'accéder à du financement provenant du gouvernement fédéral. La garantie sera mise en œuvre d'ici mars 2010.

À la fin de 2005-2006, Terre-Neuve-et-Labrador a annoncé un investissement de 14,5 millions de dollars dans un Picture Archiving and Communications System (PACS) [système provincial d'archivage d'images et de communication] devant être mis en service dans l'ensemble de la province au plus tard en 2007. L'atteinte des étapes clés du projet pour 2006-2007 se fait sur une base régulière alors que la mise en œuvre est prévue pour l'exercice 2007-2008.

Le cadre provincial de soins de santé primaires, *Moving Forward Together: Mobilizing Primary Health Care*, guide le remodelage des soins de santé primaires à Terre-Neuve-et-Labrador selon un mode de prestation des services fondé sur la santé des populations, et par l'application d'une approche volontaire et incrémentielle. Les services de soins de santé primaires incluent tous les services de santé fournis sur un territoire géographique (population minimale de 6 000 personnes; population maximale de 25 000 personnes) qui vont de la prévention primaire au traitement des maladies aiguës et épisodiques au niveau primaire de prestation des services de santé.

Le cadre prône quatre objectifs : 1) amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et viabilité de ceux-ci; 2) citoyens et collectivités en santé et prenant leur santé en main; 3) promotion du travail d'équipe, de l'interdisciplinarité et de l'utilisation des résultats scientifiques dans la prestation de services; 4) imputabilité et satisfaction accrues des professionnels de la santé. La province a apporté son concours, notamment en établissant des liens entre le personnel du Ministère et des programmes collégiaux et universitaires locaux et des associations professionnelles et en formant des groupes de travail provinciaux, comme mesure d'appui à l'apprentissage et/ou à la résolution de problèmes et au renforcement des capacités des fournisseurs.

Onze collectifs interdisciplinaires de soins de santé primaires ont entrepris de modifier la prestation des services sur la base du cadre provincial, notamment en créant des comités consultatifs communautaires et en renforçant les activités favorisant la promotion de la santé et la prévention de la maladie. En plus, deux collectifs de soins de santé primaires ont terminé des propositions et ont reçu des fonds de mise en œuvre, et deux autres ont été aidés financièrement à préparer des propositions. Les processus d'inscription pour les services de soins de santé primaires ont commencé dans un des collectifs. L'évaluation en règle de ces changements a été entreprise par des évaluateurs externes à l'automne 2006, et un rapport est en cours d'élaboration.

Des groupes de travail sur les soins de santé primaires, avec des associations, l'université, les collectifs de soins de santé primaires et d'autres partenaires, ont mis au point des mécanismes et des outils visant la modification du cadre des fonctions, les modèles de financement et de rémunération des services de médecin et la gestion de l'information. Des processus relatifs au cadre des fonctions ont été adoptés dans les huit collectifs initiaux de soins de santé primaires, et des plans d'action ont été établis pour aider à modifier ce cadre. Ce processus est toujours en vigueur pour de nouveaux emplacements.

Un document de discussion sur les modèles de financement et de rémunération des services de médecin a été préparé, et un projet de recherche sur un modèle particulier a été entrepris à l'Université Memorial. Des réseaux de médecins sont actuellement créés dans les huit collectifs initiaux de soins de santé, et un contrat de réseau pour les médecins (à signer par le ministère de la Santé et des Services communautaires, la région et le réseau de médecins pour les services médicaux au collectif de soins de santé primaires) est presque terminé.

Au printemps 2005, un programme collaboratif de prévention et de prise en charge des maladies chroniques, le diabète devant faire l'objet de la première collaboration, a été financé à l'échelle provinciale et mis en œuvre sur une base opérationnelle au sein de huit collectifs de soins de santé primaires. Ces collaborations aideront à la prévention et à la prise en charge des maladies chroniques – de la prévention primaire jusqu'à la prise en charge – et incluront des séances d'apprentissage visant à favoriser le développement professionnel en matière de maladies chroniques. De plus, une application logicielle financée par l'entremise de la régie de la santé de l'Est procurera des renseignements sur la conformité aux directives de pratique clinique, ainsi que pour la planification des services au niveau du client individuel, du collectif de soins de santé primaires, de la région et de la province. L'établissement de plans en vue de collaborations en matière de santé mentale et d'arthrite débute à peine.

Terre-Neuve-et-Labrador participe actuellement à deux projets dans le Canada atlantique : l'initiative « Building a Better Tomorrow Initiative » permet d'appuyer la constitution de groupes de soutien et d'équipes interprofessionnelles ainsi que la gestion du changement dans les collectifs de soins de santé primaires grâce à divers modules de formation (constitution d'équipes, résolution de différends, apprentissage chez les adultes, compréhension des soins de santé primaires, développement communautaire ainsi que planification et évaluation de programmes). En partenariat avec le Nouveau-Brunswick, un protocole d'entente est sur le point d'être conclu pour l'instauration d'un service téléphonique de conseils-santé sans frais d'appel 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Trois emplacements sont présentement opérationnels dans la province : St. Anthony, Stephenville et Corner Brook.

5.3 Accès aux services médicaux et aux services de chirurgie dentaire assurés

Le nombre de médecins qui exercent dans la province est relativement stable, mais une tendance à la hausse se dessine depuis 2003. En ce qui concerne les médecins, le Ministère est déterminé à travailler avec les régies régionales de la santé à l'élaboration d'un plan provincial de ressources humaines qui repose sur le principe de l'accès aux services.

En date du 31 mars 2007, 481 omnipraticiens et 504 spécialistes exerçaient dans la province, en comparaison de 471 omnipraticiens et 500 spécialistes en date du 31 mars 2006, soit une hausse de 2 p. 100 chez les omnipraticiens et de 1 p. 100 chez les spécialistes.

Le Ministère a adopté plusieurs mesures pour garantir l'accès aux services médicaux assurés, dont les suivantes :

- le financement du bureau de recrutement provincial;
- des primes de maintien en poste pour les médecins salariés, accordées en fonction du lieu d'exercice et du nombre d'années de service;
- un programme de bourses annuelles d'une valeur totale de 1,2 million de dollars pour les résidents et les étudiants en médecine (en médecine familiale d'après le Service canadien de jumelage des résidents), qui acceptent d'offrir des services médicaux dans les régions insuffisamment desservies de la province. Au cours de 2006-2007, 37 bourses et bourses de voyage ont été accordées.

5.4 Rémunération des médecins

La loi régissant les honoraires versés aux médecins et aux dentistes au titre des services assurés est la *Medical Care Insurance Act* (1999).

Les modes de rémunération actuels des médecins pour la prestation des services de santé assurés sont la rémunération à l'acte, à salaire et à forfait ainsi que le paiement à la vacation.

Les ententes sur la rémunération sont négociées entre le gouvernement de la province et la Newfoundland and Labrador Medical Association (NLMA) au nom de tous les médecins. Des représentants des régies régionales de la santé jouent un important rôle dans le processus. En 2005, une entente de quatre ans, entrant en vigueur le 1er octobre 2005, a été négociée avec l'association médicale provinciale.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le Ministère est responsable du financement des régies régionales au titre des activités permanentes et de l'acquisition d'immobilisations. Le financement des services assurés est accordé aux régies régionales à titre de budget global annuel. Les paiements sont versés conformément à la *Hospital Insurance Agreement Act* (1990) et à la *Hospitals Act*. Dans le cadre de leurs obligations redditionnelles à l'égard du gouvernement, les régies doivent satisfaire aux exigences ministérielles de présentation de rapports annuels, comme les états financiers vérifiés, et d'autres renseignements financiers et statistiques. Le processus d'établissement du budget global accorde à tous les conseils désignés le pouvoir, la responsabilité et l'obligation de rendre compte de l'enveloppe budgétaire dans le cadre de l'exécution de leurs mandats.

Au cours de l'exercice financier, les régies régionales de la santé ont présenté au Ministère des demandes de financement supplémentaire à la suite de changements dans les programmes ou de l'augmentation de la charge de travail. Ces demandes ont été examinées, et pour celles qui ont été approuvées par le Ministère, le financement a été accordé à la fin de chaque exercice. Pour toutes les corrections du niveau de financement annuel faites notamment en raison de l'ajout de postes ou de changements dans les programmes approuvés, le financement commence à la date d'entrée en vigueur de l'augmentation et est fonction des besoins de trésorerie.

Les régies régionales de la santé ont constamment des défis à relever parce que la demande croît alors que les coûts augmentent, que les charges de travail du personnel s'alourdissent, que les attentes des patients sont plus grandes et que les technologies de pointe exigent toujours plus de temps, de ressources et de financement. Elles continuent de collaborer avec le Ministère pour s'attaquer à ces questions et fournir des services de santé efficaces, efficients et de qualité.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le financement accordé par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) et du Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS) a été reconnu et mentionné par le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador dans le budget provincial annuel, dans des communiqués de presse, sur ses sites Web et dans divers autres documents, soit, pour 2006-2007, les documents suivants :

- 2006-2007 Public Accounts;
- Estimates 2006-2007;
- Budget Speech 2006.

Les comptes publics et le budget, que le gouvernement a présentés à la Chambre d'assemblée, sont accessibles aux habitants de Terre-Neuve-et-Labrador et ont été communiqués à Santé Canada à titre indicatif.

7.0 Services complémentaires de santé

Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a mis sur pied des programmes de soins de longue durée en établissement et des programmes communautaires pour les personnes qui reçoivent leur congé de l'hôpital, les personnes âgées et les personnes handicapées. Voici quelques-uns de ces programmes qui sont fournis par les régies régionales de la santé :

- L'hébergement de longue durée en établissement est fourni dans 22 centres de santé communautaire, 19 centres de soins infirmiers, un établissement psychiatrique et un centre de réadaptation aux habitants qui ont besoin de soins infirmiers de haut niveau. Ces installations comptent environ 2 730 lits. Les pensionnaires paient un maximum de 2 800 $ par mois, en fonction de leur capacité de payer qui est déterminée selon les critères provinciaux. Le reste du financement nécessaire au fonctionnement de ces établissements est fourni par le Ministère.
- Les personnes qui ont besoin de soins supervisés ou d'une aide minimale pour les activités quotidiennes peuvent bénéficier de services en établissement offerts dans les foyers de soins personnels. Ces 105 centres totalisent quelque 3 637 lits, partout dans la province. Ils sont exploités par le secteur privé à but lucratif. Un pensionnaire peut recevoir un financement allant jusqu'à 1 500 $ par mois, selon l'évaluation de sa situation financière fondée sur des critères normalisés.
- Les services de soins à domicile comprennent les soins de soutien professionnels et non professionnels permettant aux personnes de demeurer chez elles aussi longtemps que possible pourvu que leur sécurité ne soit pas à risque. Parmi les services professionnels figurent les soins infirmiers et certains programmes de réadaptation. Ces services, financés par l'État, sont fournis par le personnel des quatre régies régionales de la santé. Les services non professionnels comprennent les soins personnels, l'administration de la maison, les soins de relève et la maîtrise du comportement. Ces services sont assurés par des aides de maintien à domicile par l'intermédiaire d'une agence ou en vertu d'ententes de soins autogérés. L'admissibilité à ces services est établie à l'aide d'une évaluation de la situation financière fondée sur les critères provinciaux. Le montant maximal mensuel accordé en 2006-2007 pour ces services est de 2 707 $ pour une personne âgée et de 3 875 $ pour une personne handicapée.
- Le programme de services ambulanciers aériens transporte les patients qui ont besoin de soins d'urgence et qui ne peuvent utiliser une compagnie aérienne commerciale ou un service d'ambulance terrestre pour des raisons d'urgence ou de temps ou parce qu'ils sont dans une région isolée. Les appareils utilisés sont deux avions à voilure fixe et cinq hélicoptères nolisés. Les hélicoptères transportent également les médecins et les infirmières qui offrent des cliniques dans les régions éloignées. Au Labrador, un troisième avion à voilure fixe assure le transport régional pour raison médicale, dont bénéficient également les résidents des collectivités côtières de Happy Valley et de Goose Bay, au Labrador, qui ont un rendez-vous régulier chez le médecin.
- Les habitants qui utilisent une compagnie aérienne commerciale pour avoir accès à des services assurés médicalement nécessaires, non disponibles dans leur région ou dans la province, peuvent être admissibles à une aide financière dans le cadre du Programme d'aide pour le transport des malades, administré par le Ministère. Les donneurs de reins, de moelle osseuse ou de cellules souches peuvent recevoir une aide financière, gérée par Eastern Health, si le receveur est un habitant de Terre-Neuve-et-Labrador admissible à la couverture des régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-santé de la province.
- Le régime de soins dentaires comprend un programme pour enfants et un programme de soutien du revenu. Le premier couvre les services dentaires suivants pour tous les enfants

de 12 ans ou moins : examens tous les six mois; nettoyage tous les 12 mois; applications de fluorure tous les 12 mois chez les 6 à 12 ans; radiographies (certaines restrictions sont imposées); obturations et extractions; certaines autres interventions précises qui doivent être approuvées avant le traitement. Le deuxième couvre les services suivants pour les prestataires du programme de soutien du revenu âgés de 13 à 17 ans : examens (tous les 24 mois); radiographies (certaines restrictions sont imposées); obturations et extractions ordinaires; extractions d'urgence, lorsque la douleur, une infection ou un trauma motive la consultation. Les bénéficiaires adultes du programme de soutien du revenu sont admissibles aux soins d'urgence et aux extractions.

- Le régime de médicaments d'ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador (NLPDP) fournit les médicaments de prescription et d'autres produits pharmaceutiques assurés approuvés par le ministère de la Santé et des Services communautaires, qui sont inscrits à la liste des produits assurés du NLPDP. Ces produits assurés approuvés sont fournis aux résidents admissibles dans le cadre des programmes d'assurance-médicaments des volets soutien du revenu, aînés, besoins spéciaux et faible revenu.
- Le programme de soutien du revenu assure la couverture des médicaments de prescription aux résidents de la province admissibles à une couverture complète, selon le ministère des Ressources humaines, du Travail et de l'Emploi. La couverture est également offerte aux résidents qui, en raison du coût élevé de leurs médicaments, peuvent avoir droit aux prestations propres à la carte de paiement des médicaments, aux pensionnaires des établissements de soins de longue durée subventionnés par le gouvernement, aux enfants placés et aux jeunes en établissements correctionnels. Le programme de soutien du revenu couvre le coût total des produits d'ordonnance assurés, dont une marge bénéficiaire fixe et les honoraires du pharmacien.
- Le régime d'assurance-médicaments destiné aux aînés est offert aux habitants de plus de 65 ans qui reçoivent le Supplément de revenu garanti et qui sont inscrits à la Sécurité de la vieillesse. L'assurance couvre uniquement le coût du produit d'ordonnance comme tel, les autres coûts, comme les honoraires du pharmacien, étant à la charge de l'assuré.
- Les prestations pour stomisés sont offertes aux aînés remplissant les conditions exigées pour obtenir une carte de paiement des médicaments en vertu du programme d'assurance-médicaments pour les aînés ou du programme de soutien du revenu. Le gouvernement remboursera, aux aînés admissibles, 75 p. 100 du coût de vente au détail des produits qui sont assurés. Les aînés admissibles doivent assumer la différence.
- Le programme pour les individus présentant des besoins spéciaux assure une couverture universelle aux patients atteints de fibrose kystique et d'un déficit en hormone de croissance. Ce programme couvre le coût total de certains produits – médicaments de prescription pour certaines maladies, enzymes, aliments, fournitures médicales et appareils – fournis par l'intermédiaire du centre Health Sciences Central Supply and Pharmacy.
- Le programme d'assurance-médicaments pour les personnes à faible revenu offre la couverture des médicaments de prescription aux résidents de Terre-Neuve-et-Labrador qui sont admissibles au régime d'assurance-santé, qui possèdent une carte d'assurance-santé et qui satisfont aux seuils de revenu établis. Ce programme couvre un pourcentage des coûts des médicaments (de 30 à 80 p. 100), selon le revenu familial.
- Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a récemment approuvé une loi régissant le NLPDP. La *Pharmaceutical Services Act*, qui est entrée en vigueur le 31 janvier 2007, stipule que le NLPDP deviendra le payeur de dernier recours. Cela signifie que, si un patient possède une assurance privée, il est tenu de présenter d'abord la facture à son assureur privé.

Personnes inscrites					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	560 644	599 907	569 835	545 160	545 629 [1]

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	36	36	36	36	36
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	36	36	36	36	36
3. Paiement des services de santé assurés ($) :					
a. soins actifs	666 472 833	666 773 382	679 024 717	740 235 437	743 680 905
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	666 472 833 [2]	666 773 382 [2]	670 024 717 [2]	740 235 437 [2]	743 680 905 [2]
Établissements privés à but lucratif	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	1	1	1	1	1
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	1	1	1	1	1
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	286 425	280 250	264 575	285 475	288 800
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	286 425	280 250	264 575	285 475	288 800

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	1 588	1 640	1 699	1 809	1 736
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	10 817 595	12 397 072	12 248 758	15 130 363	15 157 341
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	26 464	25 762	26 467	29 628	34 349
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	3 488 186	3 232 235	4 321 173	5 132 112	6 755 412
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	61	62	50	54	60
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	269 963	363 153	76 981	112 039	92 683
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	278	283	301	261	345
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	18 432	167 588	60 159	24 265	934 295 [3]

1. Terre-Neuve-et-Labrador a mis en branle le processus de réinscription des résidents et d'émission de nouvelles cartes avec des dates d'expiration pour s'assurer que seuls les résidents permanents sont admissibles aux services de santé en vertu du régime provincial. Le nombre de 2006-2007 représente les résidents réinscrits plus les personnes qui détiennent actuellement des cartes valides et qui doivent encore se réinscrire.
2. Nouvelle méthodologie pour 2002-2003. Coûts de fonctionnement seulement : ne comprennent pas le financement des dépenses de capital, le financement déficitaire ou le financement non gouvernemental. Les paiements représentent les transferts du régime d'assurance-santé provincial aux régies régionales de la santé dans le but de fournir des services de soins actifs assurés.
3. L'augmentation est attribuable aux patients auxquels on a accordé l'approbation préalable de recevoir des services assurés à l'extérieur du pays.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
14. Nombre de médecins participants (#) : [4]					
a. omnipraticiens	437	451	460	471	481
b. spécialistes	477	499	494	500	504
c. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. total	914	950	954	971	985
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. paiements totaux ($)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	4 353 000	3 953 889	4 019 000	4 234 000	4 295 000
b. paiements totaux ($)	129 118 000	153 352 000	175 910 000	180 263 000	182 730 000

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
19. Nombre de services (#)	116 000	139 000	113 000	136 000	139 000
20. Paiements totaux ($)	4 231 000	4 518 000	4 770 000	5 197 000	6 290 000
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	2 400	1 800	2 400	2 300	2 100
22. Paiements totaux ($)	172 000	199 000	136 000	135 000	130 000

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
23. Nombre de dentistes participants (#)	33	25	31	26	27
24. Nombre de services fournis (#)	3 522	3 609	3 022	2 633	2 044
25. Paiements totaux ($)	419 000	462 000	329 000	313 000	123 000

4. Exclut les médecins qui ne pratiquent plus. Total des médecins salariés et rémunérés à l'acte.

Île-du-Prince-Édouard

Introduction

Le ministère de la Santé est un système de services intégrés qui visent la protection, le maintien et l'amélioration de la santé et du mieux-être des résidents de l'Île-du-Prince-Édouard. Dans cette province, les services de santé sont assurés au moyen d'un modèle de gestion centralisée.

Le Ministère est responsable de divers services de santé destinés aux habitants de l'Île ayant pour but de promouvoir et d'aider à optimiser la santé de la population de la province, soit les services de santé publique, les soins primaires, les soins actifs, les hôpitaux communautaires et les soins continus. Ces services sont fournis par un effectif de plus de 4 500 professionnels dévoués par l'entremise d'un grand nombre d'établissements et de programmes dans toute la province, dont les suivants :

- des établissements de soins actifs;
- des hôpitaux communautaires;
- des résidences provinciales;
- un établissement de santé mentale pour malades hospitalisés;
- un centre et des programmes communautaires provinciaux de traitement des toxicomanies;
- des centres de santé familiale;
- des programmes de santé publique et de soins à domicile et des programmes d'aide aux toxicomanes;
- des programmes de santé mentale en milieu communautaire;
- le bureau du médecin hygiéniste en chef;
- le bureau de l'état civil et des services de réglementation.

En vertu de la *Health and Community Services Reorganisation Act (2006)* et de la *Community Hospitals Reorganisation Act (2006)*, toutes les régions sanitaires ont été éliminées, et la responsabilité de l'administration générale des services de santé a été remise au ministère de la Santé; des conseils d'hôpitaux communautaires ont été formés pour gérer les hôpitaux en région rurale.

Un ministre est l'ultime responsable du ministère de la Santé, de son rendement et de ses résultats envers le reste du gouvernement et la population de l'Île-du-Prince-Édouard. Le Ministère est dirigé par un comité de gestion ministériel formé du sous-ministre et de huit hauts fonctionnaires dont la responsabilité comprend la gestion globale du Ministère et de ses activités au quotidien. La division des principaux rôles est résumée ci-après.

Soins actifs : services secondaires, spécialisés, au niveau régional et provincial, et services de santé mentale en établissement pour les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard. Les établissements incluent l'Hôpital du comté de Prince (PCH), l'Hôpital Queen Elizabeth (QEH) et l'Hôpital Hillsborough. Sur le plan administratif, un directeur exécutif est responsable de l'Hôpital du comté de Prince, tandis qu'un autre directeur exécutif est responsable des deux autres hôpitaux (Queen Elizabeth et Hillsborough), chacun d'eux faisant partie du comité de gestion ministériel.

Hôpitaux communautaires et soins continus : soins actifs pour les communautés rurales et services de soutien pour les adultes et les aînés qui ont besoin de soins continus à l'Île-du-Prince-Édouard. Les programmes et les établissements comprennent les cinq hôpitaux communautaires ruraux, les résidences provinciales, les soins à domicile, les soins palliatifs, la dialyse et la protection des adultes. Sur le plan administratif, le directeur des hôpitaux communautaires et des soins continus est responsable de cette division, et il fait partie du comité de gestion ministériel.

Un conseil d'administration a été établi pour chacun des cinq hôpitaux communautaires. Chaque conseil rend compte au ministre et a pour responsabilité de voir à ce que les plans d'activités annuels soient exécutés et de rendre compte du rendement ainsi que des résultats de l'établissement au ministre et aux communautés locales.

Soins primaires : services de santé primaires pour la population de l'Île-du-Prince-Édouard. Les programmes et les établissements incluent les services communautaires de santé mentale et d'aide aux toxicomanes, c'est-à-dire le centre provincial de traitement des toxicomanies, sept centres de santé familiale, les soins infirmiers de santé publique et la prévention des maladies chroniques. Sur le plan administratif, le directeur des soins primaires est responsable de cette division, et il fait partie du comité de gestion ministériel.

Santé des populations : services de santé publique et services réglementaires pour la population de l'Île-du-Prince-Édouard. Les programmes et les services incluent le Bureau du médecin hygiéniste en chef, les services de santé d'urgence, la lutte contre les maladies infectieuses et l'immunisation, l'épidémiologie, l'hygiène du milieu, le Bureau de l'état civil, les soins communautaires et l'inspection des foyers de soins infirmiers ainsi que les services de diététique. Sur le plan administratif, le directeur de la santé des populations est responsable de cette division, et il fait partie du comité de gestion ministériel.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-hospitalisation, placé sous l'autorité du ministre de la Santé, est le moyen d'offrir la couverture des services hospitaliers à l'Île-du-Prince-Édouard. La loi habilitante à cet égard est l'*Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* (1988), qui prévoit la prestation de services conformément à l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*.

Le rôle du Ministère est d'assurer un leadership solide sur le plan de l'innovation et de l'amélioration continue, de l'administration de la qualité et des services de réglementation et de la prestation de services de santé centrés sur le client, selon les besoins de la communauté.

Le ministère de la Santé est responsable de la prestation des services et dirige les hôpitaux, les centres de santé, les résidences et les établissements de santé mentale. La Commission de la fonction publique embauche des médecins, des infirmières et d'autres travailleurs de la santé connexes.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Services sociaux présente un rapport annuel au ministre responsable, qui le dépose devant l'Assemblée législative. Le rapport fournit de l'information sur les principes directeurs du Ministère et sur les responsabilités législatives de celui-ci, donne une vue d'ensemble et une description des activités des divisions du Ministère et met en relief les principales statistiques de l'année.

Les conseils d'administration des hôpitaux communautaires doivent rendre compte au ministre, conformément à la *Community Hospital Authorities Act*, et lui présenter des plans d'activités annuels ainsi que des informations, selon les modalités et au moment prévus.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général de la province vérifie annuellement les comptes publics de l'Île-du-Prince-Édouard, qui renferment les données sur les activités financières ainsi que les revenus et dépenses du ministère de la Santé.

En vertu de l'*Audit Act*, le vérificateur général provincial a le pouvoir discrétionnaire d'effectuer des vérifications supplémentaires touchant l'ensemble des activités ou des programmes précis. Les conseils des hôpitaux communautaires sont les entités responsables de rendre compte aux termes de la *Financial Administration Act*.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu de l'*Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* (1988). Le *Règlement* d'application de cette *Loi* (1996) définit les services aux patients hospitalisés et les services ambulatoires assurés offerts sans frais aux personnes admissibles. Les services hospitaliers assurés sont les suivants : les services de soins infirmiers nécessaires; les services de laboratoire; les examens radiologiques et autres actes de diagnostic; les frais d'hébergement et de repas au tarif d'une chambre commune; les médicaments, produits biologiques et préparations connexes inscrits sur la liste des produits assurés, prescrits par un médecin traitant et administrés à l'hôpital; les salles d'opération, salles de travail et installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; les services de radiothérapie et de physiothérapie fournis à l'hôpital.

Le processus d'ajout d'un nouveau service hospitalier à la liste des services assurés suppose de vastes consultations et négociations entre le Ministère et des intervenants clés. Un plan d'activités doit être élaboré et, une fois approuvé par le ministre, présenté au Conseil du Trésor à des fins d'approbation du financement. Le Cabinet dispose du pouvoir final de décision quant à l'ajout de nouveaux services.

En mars 2007, sept établissements de soins de courte durée participaient au régime d'assurance de la province. Outre les 427 lits pour soins de courte durée, ces établissements comptaient 20 lits pour soins de réadaptation et 20 lits pour les chirurgies d'un jour au sens de l'*Hospitals Act* (1988) pour un total de 467 lits.

2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante qui prévoit la prestation de services médicaux assurés est l'*Health Services Payment Act* (1988). Elle a été modifiée en 1996 pour inclure le processus de planification des ressources médicales.

Les services médicaux assurés sont fournis par des médecins praticiens qui ont un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens. En date du 31 mars 2007, 314 médecins avaient facturé le régime d'assurance.

En vertu de l'article 10 de l'*Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien qui ne participe pas au régime d'assurance ne peut facturer le régime pour les services rendus. Lorsqu'un médecin ou un praticien non participant fournit un service requis sur le plan médical, le paragraphe 10(2) exige qu'il informe ses patients qu'il ne participe pas au régime d'assurance et qu'il leur fournisse l'information voulue pour qu'ils puissent être remboursés par le ministre de la Santé.

En vertu de l'article 10.1 de l'*Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien participant peut choisir, sous réserve du *Règlement* et conformément à celui-ci, de percevoir des frais à l'extérieur du régime pour un patient particulier ou un service de santé de base spécial. Il doit alors informer les patients, avant de fournir le service, qu'ils seront facturés directement pour le service rendu. Lorsqu'un médecin ou un praticien fait ce choix, il doit en informer le ministre et faire assumer par le patient la totalité des frais associés au service rendu.

En date du 31 mars 2007, aucun médecin n'avait choisi de se retirer du régime d'assurance-santé.

Tout service de santé de base rendu par un médecin et nécessaire sur le plan médical est couvert par le

régime d'assurance-santé. Les services assurés se définissent comme suit : la plupart des services rendus par les médecins à leur bureau, à l'hôpital ou au domicile du patient; les services chirurgicaux nécessaires sur le plan médical, dont les services d'anesthésistes et d'aides-infirmières en chirurgie, lorsqu'ils s'avèrent nécessaires; les services obstétricaux, dont les soins prénatals et postnatals, les soins aux nouveaux-nés et les soins requis à la suite de complications d'une grossesse telles qu'une fausse couche ou une césarienne; certaines interventions de chirurgie buccale nécessaires sur le plan médical et pratiquées à l'hôpital, avec approbation préalable, par un chirurgien stomatologiste; les procédés de stérilisation, pour les femmes et pour les hommes; le traitement des fractures et des dislocations; certains services de spécialistes assurés, lorsque le patient a été adéquatement aiguillé par un médecin traitant.

Un service médical peut être ajouté à la liste des services assurés à la suite d'une négociation entre le Ministère et la Medical Society of Prince Edward Island. Un plan d'activités doit être élaboré et, une fois approuvé par le ministre, présenté au Conseil du Trésor à des fins d'approbation du financement. Le Cabinet dispose du pouvoir final de décision quant à l'ajout de nouveaux services.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services dentaires ne sont pas couverts par le régime. Seuls les spécialistes en chirurgie maxillo-faciale reçoivent des paiements du régime. Deux de ces spécialistes participent actuellement au régime. Les interventions de chirurgie dentaire comprises comme services de santé de base dans le tarif des honoraires sont couvertes uniquement lorsque le médecin traitant confirme que l'état médical du patient nécessite une intervention à l'hôpital ou en cabinet et qu'il reçoit une approbation préalable.

Un service de chirurgie dentaire (enlèvement d'appareils mandibulaires en cabinet) a été ajouté à la liste des services assurés après négociations entre la Dental Association of Prince Edward Island et le Ministère.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers provinciaux non couverts par le régime d'assurance-hospitalisation comprennent :

- les services auxquels les patients sont admissibles aux termes d'autres lois provinciales ou fédérales;
- les frais d'essence ou de déplacement, à moins qu'ils ne soient approuvés par le Ministère;
- les conseils ou les prescriptions par téléphone, à l'exception de la supervision de l'anticoagulothérapie;
- les examens requis pour le travail, les assurances, les études, etc.;
- les examens, les vaccinations ou les inoculations en groupe, à moins qu'ils n'aient été autorisés au préalable par le Ministère;
- la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, à l'exception des certificats d'internement dans un établissement psychiatrique ou de désintoxication (drogues ou alcool);
- les témoignages en cour;
- les cliniques santé voyages et les dépenses;
- les chirurgies à caractère esthétique, à moins qu'elles ne soient nécessaires sur le plan médical;
- les services dentaires autres que les traitements compris dans les services de santé de base;
- les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et le matériel connexe;
- les lunettes et les appareils spéciaux;
- la physiothérapie, la chiropraxie, la podologie, l'optométrie, l'ostéopathie, la psychologie, la naturopathie, l'audiologie, l'acupuncture et les traitements similaires;
- le rétablissement de la fertilité;
- la fertilisation in vitro;
- les services rendus par une autre personne lorsque le médecin superviseur est absent ou non disponible;

- les services rendus par un médecin à des membres de sa famille, à moins qu'il n'ait reçu l'approbation préalable du Ministère;
- tout autre service que le Ministère peut, sur recommandation résultant des négociations entre le Ministère et la Medical Society of Prince Edward Island, déclarer non assuré.

Les services hospitaliers provinciaux non couverts par le régime d'assurance-hospitalisation comprennent : les soins infirmiers privés ou spéciaux fournis à la demande du patient ou de sa famille; les chambres à supplément, à la demande du patient; les services hospitaliers rendus dans le cadre d'une chirurgie purement esthétique; les appareils pour usage personnel, comme le téléphone et la télévision; les médicaments, les produits biologiques, les prothèses et les orthèses utilisés après avoir obtenu le congé de l'hôpital; les extractions dentaires, sauf dans les cas où le patient doit être admis à l'hôpital pour des raisons médicales, avec l'approbation préalable du Ministère.

La suppression d'un service du régime d'assurance-santé s'effectue en collaboration avec la Medical Society of Prince Edward Island et le Ministère. Aucun service n'a été supprimé au cours de l'exercice 2006-2007.

Tous les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard ont un accès égal aux services. Les tiers, comme les assureurs privés ou la Workers' Compensation Board of Prince Edward Island, ne bénéficient pas d'un accès prioritaire aux services moyennant des frais additionnels.

La province n'a pas de processus officiel pour assurer la conformité; cependant, les renseignements fournis par les médecins, les administrateurs d'hôpitaux ainsi que les professionnels et autres travailleurs de la santé permettent au Ministère de suivre de près les questions associées à l'utilisation du système et aux services comme tels.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

L'article 3 de l'*Health Services Payment Act* et de son *Règlement* définit l'admissibilité aux régimes d'assurance-santé. Les régimes sont conçus pour offrir une couverture aux résidents admissibles de la province (c'est-à-dire à toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada et qui occupe ordinairement sa résidence de l'Île-du-Prince-Édouard au moins six mois plus un jour par année).

Toutes les personnes qui viennent s'établir à l'Île-du-Prince-Édouard doivent s'inscrire auprès du Ministère pour devenir admissibles. Les personnes de l'extérieur de la province qui établissent une résidence permanente à l'Île-du-Prince-Édouard deviennent admissibles aux services médicaux et hospitaliers assurés le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les résidents qui ne sont pas admissibles à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Île-du-Prince-Édouard sont les membres des Forces canadiennes (FC), les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus des pénitenciers fédéraux et les personnes admissibles à certains services en raison d'autres programmes gouvernementaux tels que l'Indemnisation des accidentés du travail ou les programmes du ministère des Anciens Combattants.

Certaines personnes qui ne sont pas admissibles peuvent le devenir. C'est le cas des membres des FC ou de la GRC, au moment de la cessation d'emploi, des membres des FC au moment de la cessation d'emploi à la fin d'un congé de réadaptation ainsi que des détenus de pénitenciers qui sont libérés. La province où la personne était postée ou détenue au moment de la cessation d'emploi ou de la libération, ou celle où le membre des FC résidait au moment de la cessation d'emploi à la

fin d'un congé de réadaptation, est l'administration qui assure la couverture pendant le délai minimal de résidence habituel, qui peut atteindre trois mois. Les modalités applicables pour les détenus de pénitenciers libérés le sont également pour les détenus de pénitenciers en liberté conditionnelle.

Les étudiants étrangers, les touristes, les personnes de passage et les visiteurs de l'Île-du-Prince-Édouard ne peuvent être reconnus comme des résidents de la province et, de ce fait, ne sont pas admissibles aux avantages offerts par l'assurance-hospitalisation ni par l'assurance médicale.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Les nouveaux résidents de l'Île-du-Prince-Édouard et les personnes qui reviennent y résider doivent s'inscrire au régime d'assurance-santé en remplissant un formulaire d'inscription auprès du Ministère. Après avoir examiné la demande pour s'assurer qu'elle contient toute l'information nécessaire, une carte d'assurance-santé est envoyée à la personne dans un délai de deux semaines. Le renouvellement de l'inscription se fait tous les cinq ans, et les personnes inscrites reçoivent un avis écrit de renouvellement six semaines avant celui-ci.

En date du 31 mars 2007, 145 047 personnes étaient inscrites au régime d'assurance-santé de l'Île-du-Prince-Édouard.

3.3 Autres catégories de personnes

Les étudiants étrangers, les travailleurs temporaires, les réfugiés et les détenteurs de permis ministériel ne sont pas admissibles à l'assurance-santé ni à la couverture des soins médicaux. Les réfugiés du Kosovo constituent une exception à cette règle et sont admissibles à l'assurance-santé et à la couverture des soins médicaux à l'Île-du-Prince-Édouard.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes assurées qui déménagent à l'Île-du-Prince-Édouard sont admissibles à l'assurance-santé le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée dans la province.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les personnes qui s'absentent chaque année pour des vacances d'hiver ou des situations semblables nécessitant des absences régulières doivent résider à l'Île-du-Prince-Édouard au moins six mois plus un jour chaque année pour être admissibles à l'assurance en cas de maladie subite ou de situation d'urgence survenant à l'extérieur de la province, conformément à l'alinéa 5(1)e) de l'*Health Services Payment Act*.

L'expression « absence temporaire » est définie comme une période d'absence de la province pouvant aller jusqu'à 182 jours au cours d'une période de 12 mois pour des raisons de vacances, de visite ou d'engagement professionnel. Les personnes qui quittent la province dans ces circonstances doivent en informer le Ministère avant leur départ.

L'Île-du-Prince-Édouard participe aux ententes de facturation réciproque pour les services médicaux et hospitaliers. La somme totale de 25 850 500 $ a été payée en vertu de ces ententes en 2006-2007.

Les montants payés par journée d'hospitalisation sont de 748 $ dans les hôpitaux communautaires, de 755 $ à l'Hôpital du comté de Prince et de 959 $ à l'Hôpital Queen Elizabeth. Le tarif interprovincial courant pour les consultations externes est de 164 $. La méthode utilisée pour calculer ces tarifs est fondée sur le coût du même service rendu à l'Île-du-Prince-Édouard.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

La *Health Services Payment Act* est la loi habilitante qui définit la transférabilité de l'assurance-santé au cours d'absences temporaires à l'étranger, conformément à l'alinéa 5(1)e) de la *Health Services Payment Act*.

Les Prince-Édouardiens assurés peuvent séjourner temporairement à l'extérieur du pays pour une période de 12 mois, et ce, une fois seulement. Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement agréé dans un autre pays doivent fournir annuellement une preuve de leur inscription délivrée par cet établissement. Les étudiants doivent informer le Ministère à leur retour au pays.

Dans le cas des Prince-Édouardiens qui quittent le pays pour des raisons professionnelles pour une période de plus d'un an, la couverture se termine le jour du départ de la personne.

Pour ceux qui voyagent à l'extérieur du Canada, la couverture en cas de situation d'urgence ou de maladie subite sera fournie au taux de l'Île-du-Prince-Édouard uniquement, en devise canadienne. Il incombe aux personnes de payer la différence entre le montant total facturé et le montant déboursé par le Ministère. En 2006-2007, les sommes versées totalisaient 105 268 $ pour des services d'hospitalisation et 16 179 $ pour des services de consultation externe.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable du Ministère s'avère nécessaire pour recevoir des services médicaux ou hospitaliers non urgents à l'extérieur de la province. Les Prince-Édouardiens qui veulent recevoir de tels services requis peuvent demander une approbation préalable par l'intermédiaire d'un médecin de l'Île-du-Prince-Édouard. Une couverture complète peut être assurée pour les services non urgents ou facultatifs (assurés à l'Île-du-Prince-Édouard) si le médecin en fait la demande auprès du Ministère. Il est essentiel d'obtenir une approbation préalable du directeur médical du Ministère pour recevoir, à l'étranger, des services hospitaliers ou médicaux non disponibles au Canada.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-santé de l'Île-du-Prince-Édouard permettent de recevoir des services selon des conditions uniformes pourvu qu'ils n'entravent pas ou n'empêchent pas un accès raisonnable à ces services pour les personnes assurées.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

L'Île-du-Prince-Édouard possède un système de santé administré et financé par l'État qui garantit un accès universel à des services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires, comme le demande la *Loi canadienne sur la santé*.

La province compte deux hôpitaux de recours et cinq hôpitaux communautaires, pour un total combiné de 463 lits. En plus de neuf résidences (et installations) provinciales qui disposent de 558 lits de soins infirmiers de longue durée (plus 10 lits réservés aux soins de relève), les habitants ont accès à 389 lits de plus (ainsi que 11 lits temporaires) dans neufs foyers de soins infirmiers privés. Le système dirige également plusieurs établissements de traitement des toxicomanies et de santé mentale, dont l'hôpital psychiatrique provincial Hillsborough pour malades hospitalisés qui compte 18 lits de soins actifs et 57 lits de soins de longue durée.

Un établissement de santé de 50 millions de dollars, l'Hôpital du comté de Prince, a ouvert en avril 2004 à Summerside. La Phase I d'un plan de réaménagement en plusieurs phases totalisant 52 millions de dollars et visant à moderniser l'Hôpital Queen

Elizabeth, qui a 24 ans, est en cours, et la construction devrait s'amorcer au début de 2008. Ce réaménagement entraînera, en bout de ligne, la modification complète du service d'urgence et des améliorations, entre autres, aux soins ambulatoires.

L'effectif de la santé du secteur public compte environ 4 500 employés. Des efforts continus de recrutement sont en cours pour pourvoir aux postes vacants au sein de l'effectif des médecins dans cette province. Le défi est relevé en partie grâce à l'établissement d'un plan de ressources médicales à long terme, en offrant des options en matière de salaire aux nouveaux diplômés et aux médecins en fonction et en améliorant la communication avec les étudiants et les résidents en médecine de la province par l'entremise du programme d'enseignement médical.

L'Île-du-Prince-Édouard cherche à mettre en place un programme de résidence médicale viable dans le but de mieux intégrer les étudiants en médecine afin qu'ils souhaitent demeurer dans la province.

En plus des programmes susmentionnés, voici d'autres initiatives en cours :

- stratégie de recrutement du personnel infirmier;
- registre des fournisseurs;
- programme de prévention des blessures musculosquelettiques (sécurité au travail);
- stratégie sur les délais d'attente;
- stratégie sur les toxicomanies chez les jeunes;
- dossier électronique de santé compatible avec le système d'information clinique;
- stratégie sur la sécurité des patients;
- planification en cas de pandémie.

Dans le cadre du budget provincial 2006-2007, le gouvernement a annoncé le rétablissement de la stratégie de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier autorisé. Trente-deux étudiants au baccalauréat en sciences infirmières ont été parrainés au cours de la dernière année de leurs études.

Les recherches indiquent que la population vieillit et présente divers facteurs de risque modifiables touchant l'inactivité physique, la mauvaise alimentation, la consommation d'alcool, le tabagisme et l'obésité. Comme pour les années précédentes, la prévalence de maladies chroniques continue de croître. Avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques augmentera encore. Plusieurs initiatives sont en cours pour lutter directement ou indirectement contre ces maladies présentement ou dans l'avenir. Il s'agit notamment des initiatives suivantes : la réorganisation des soins primaires, y compris l'établissement de centres de santé familiale; des innovations et des améliorations dans les domaines de l'assurance-médicaments, des soins à domicile et des périodes d'attente qui sont élaborées et mises en œuvre; le système d'information clinique et de dossiers de santé électronique pour améliorer l'accès des prestataires de soins à des renseignements à jour et exacts. Voilà qui améliorera la qualité globale des soins et les résultats sur la santé des patients. De plus, les modèles de prestation des soins et les rôles des prestataires de soins continuent d'évoluer. L'adoption accrue d'approches collaboratives et interdisciplinaires ainsi que des améliorations dans les secteurs des soins ambulatoires (y compris le projet de modernisation de l'Hôpital Queen Elizabeth) et des soins primaires contribueront à la prévention, au traitement et à la prise en charge des maladies chroniques.

Des stratégies de collaboration se sont concentrées sur la promotion d'un mode de vie sain, dont les suivantes :

- la stratégie de lutte contre le cancer, qui comprend un partenariat avec le PEI Cancer Control Committee, qui travaille à réduire le fardeau du cancer à l'Î.-P.-É. en établissant des priorités, en coordonnant les efforts, en suivant les progrès et en communiquant les résultats tirés de la stratégie;
- la stratégie sur une vie saine de l'Î.-P.-É., qui se concentre sur la réduction du tabagisme et sur la promotion de l'exercice et d'une saine alimentation;

- l'alliance pour un mode de vie sain de l'Î.-P.-É., qui fait la promotion de l'activité physique au moyen de diverses initiatives communautaires.

L'Île-du-Prince-Édouard est principalement une province rurale dont un vaste segment de la population réside à l'extérieur des principaux centres de services; l'accès local aux services de santé, y compris des soins actifs fournis par des hôpitaux communautaires, est important pour les petites communautés. Au fil du temps, les hôpitaux ruraux ont joué un rôle important dans la prestation de soins de santé et assument des rôles centraux essentiels dans leurs communautés respectives. Les hôpitaux ruraux et d'autres services de santé offerts dans ces régions font face à un certain nombre de défis, comme le recrutement et le maintien en poste des fournisseurs de soins de santé et le respect des normes de soins et de qualité en évolution. Pour faciliter les efforts de recrutement et stabiliser les services médicaux dans les salles d'urgence des hôpitaux ruraux, l'initiative de stabilisation de l'effectif médical en région rurale a été annoncée. Cette initiative a permis de mettre en place un nouveau barème de frais quotidiens pour les médecins de garde qui offrent des services d'urgence sur appel dans des hôpitaux ruraux. Cet enjeu demeure une priorité pour le système de santé de la province.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Les services médicaux sont accessibles dans toute la province, sauf pour les spécialités où il manque de professionnels. On a entrepris de recruter des médecins de famille, des anesthésistes, des radiologistes, des radio-oncologues et des oncologues médicaux, des psychiatres, un pathologiste et un plasticien.

Une stratégie améliorée de recrutement et de maintien en poste des médecins et d'enseignement médical a été annoncée; elle se fondera sur les initiatives en place et se penchera sur les préoccupations qu'ont les médecins d'aujourd'hui concernant les finances, la vie professionnelle et le mode de vie. Ces améliorations ciblent les médecins en formation, les médecins qui sont recrutés par l'Île-du-Prince-Édouard et les médecins qui exercent présentement dans la province.

En date du 31 mars 2007, il manquait de professionnels au sein des effectifs médicaux suivants : médecine familiale, médecine interne, médecine d'urgence, psychiatrie, radiologie, pathologie, hospitalistes, ophtalmologie et chirurgie plastique. Au total, 16 postes étaient vacants. Des efforts de recrutement sont en cours pour trouver des candidats qui conviennent pour ces postes.

5.4 Rémunération des médecins

On se sert d'un processus de négociation collective pour déterminer la rémunération des médecins. Les deux parties – les médecins et le gouvernement – nomment les membres de leur équipe de négociation pour que leurs intérêts respectifs soient représentés. L'entente-cadre avec les médecins a pris fin le 31 mars 2007. Une équipe de négociation a été nommée, et une réunion a eu lieu en janvier 2007. Le gouvernement continue d'investir des sommes additionnelles dans des domaines qui permettront d'accroître la compétitivité du système de santé afin qu'il puisse maintenir les services et renforcer la réussite des efforts de recrutement et de maintien en poste des médecins.

La loi qui régit le paiement des médecins et des dentistes pour des services assurés est la *Health Services Payment Act.*

Bon nombre de médecins sont toujours rémunérés à l'acte. Toutefois, d'autres modes de paiement sont utilisés, et certains médecins sont salariés, travaillent à contrat ou sont rémunérés à la vacation. Ces autres modes de rémunération sont de plus en plus courants et semblent prisés par les nouveaux diplômés. Actuellement, près de 50 p. 100 des médecins sont salariés ou rémunérés à la vacation.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les conseils des hôpitaux communautaires sont responsables de la prestation des services hospitaliers dans la province, conformément à la *Community Hospital Authorities Act*. Les besoins financiers (budgétaires) sont établis annuellement au moyen de plans d'activités annuels approuvés par le ministre et soumis à l'approbation de l'Assemblée législative au cours du processus budgétaire annuel.

Les paiements (avances) aux hôpitaux provinciaux et aux conseils hospitaliers communautaires pour les services hospitaliers sont approuvés par le Ministère en fonction des besoins de trésorerie et sont tributaires des montants approuvés au budget.

La méthode de financement normale consiste à recourir à un budget global redressé annuellement pour tenir compte des coûts croissants associés à certains facteurs tels que les conventions collectives, les médicaments, les fournitures médicales et l'exploitation des établissements.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard reconnaît la contribution du gouvernement fédéral fournie au titre du Transfert canadien en matière de santé dans son budget de 2006-2007 et les documents budgétaires connexes, de même que dans les comptes publics de 2005-2006, déposés devant l'Assemblée législative et mis à la disposition des résidents de l'Île-du-Prince-Édouard.

7.0 Services de santé complémentaires

Les services de santé complémentaires ne sont pas assurés, à l'exception des lits pour malades chroniques assurés mentionnés au point 2.1.

7.1 Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Une personne peut recevoir des services en maison de soins infirmiers si les comités d'admission et de placement régionaux autorisent son placement dans une résidence du gouvernement ou un foyer de soins infirmiers privé autorisé. La province compte à l'heure actuelle 18 établissements de soins de longue durée, soit neuf résidences du gouvernement et neuf maisons de soins infirmiers privées autorisées, pour un total de 968 lits, dont certains de soins temporaires ou de relève. Les maisons de repos accueillent les personnes qui ont besoin de la supervision d'une infirmière autorisée (soins infirmiers) et d'une gestion des soins en tout temps. Un outil normalisé d'évaluation des besoins des personnes âgées est utilisé pour chaque demande d'admission dans une maison de soins infirmiers.

Des changements majeurs ont été apportés au financement et au subventionnement des soins infirmiers de longue durée en janvier 2007. Premièrement, les résidents qui assument le coût de leurs soins dans les maisons de soins infirmiers ne sont plus tenus de couvrir la portion « soins de santé » de ces mêmes coûts et doivent seulement acquitter les coûts liés à l'hébergement. Deuxièmement, l'admissibilité aux subventions a été modifiée; elle se fonde désormais sur une évaluation du revenu plutôt que sur les ressources financières totales du demandeur, qui, auparavant, regroupaient le revenu et les éléments d'actif. Le pensionnaire d'un éta-

blissement ou le nouvel arrivant qui n'a pas les ressources financières pour payer les soins dont il a besoin peut demander de l'aide financière aux termes de la partie II du *Règlement* de la *Social Assistance Act*. La province alloue cette aide à 72 p. 100 des pensionnaires de maisons de soins infirmiers. Par ailleurs, le gouvernement fédéral subventionne environ 8,7 p. 100 des pensionnaires par l'intermédiaire des programmes d'Anciens Combattants Canada. Les autres personnes (18,4 p. 100) paient leurs soins elles-mêmes.

Aux maisons de soins infirmiers s'ajoutent 38 établissements de soins communautaires autorisés qui comptaient, en date du 31 mars 2007, 938 lits en tout. Il s'agit d'établissements autorisés privés qui accueillent au moins cinq pensionnaires et fournissent, à des personnes âgées semi-dépendantes et à des adultes semi-dépendants ayant une incapacité physique ou mentale, des services d'hébergement, d'entretien ménager, de supervision des activités de la vie quotidienne, de repas et d'aide pour les soins d'hygiène personnelle. L'outil utilisé pour évaluer les besoins des personnes âgées l'est également pour déterminer la nature et le type de services, de niveau 1, 2 ou 3, dont ces personnes semi-dépendantes ont besoin. Les pensionnaires peuvent demander de l'aide financière aux termes de la partie I du *Règlement* de la *Social Assistance Act*, le paiement des frais étant à la charge des pensionnaires. Ceux qui n'ont pas les ressources financières voulues peuvent demander de l'aide aux termes de la *Social Assistance Act*.

7.2 Services de soins à domicile

Dans le cadre des services de soins et de soutien à domicile, on offre des services d'évaluation et de planification des soins à des personnes dont l'état de santé est stable ainsi qu'à des groupes définis de personnes qui ont besoin de soins spécialisés et qui, sans le soutien d'un système officiel, pourraient ne pas être en mesure de demeurer chez elles ou d'y retourner après leur congé de l'hôpital ou d'un autre établissement de soins de santé. Les services offerts sont les soins infirmiers, les soins d'hygiène personnelle, les soins de relève, l'ergothérapie, la physiothérapie, la protection des adultes, les soins palliatifs, la dialyse à domicile ou dans la collectivité, l'évaluation des besoins en vue du placement en maison de soins infirmiers et le soutien communautaire. On utilise l'outil d'évaluation des besoins des personnes âgées pour déterminer la nature et le type de services requis. À l'heure actuelle, les services professionnels à domicile sont gratuits. Le service d'aide familiale est fourni sur la base d'une échelle tarifaire mobile. Les coûts sont établis à la suite de l'évaluation du revenu du bénéficiaire, mesure qui ne s'applique généralement pas dans le cas de patients qui ont besoin de soins palliatifs.

7.3 Services de soins ambulatoires

L'Île-du-Prince-Édouard a mis sur pied des programmes de jour pour adultes. Dans le cadre de ces programmes, on offre aux aînés dépendants des services d'activités de récréation, d'éducation et de socialisation. Les personnes qui ont besoin de ces services sont évaluées par le personnel régional de soins à domicile. L'objectif général de ces programmes est de permettre aux clients de demeurer à la maison le plus longtemps possible, de donner du répit aux soignants, de surveiller la santé des clients et de favoriser les contacts sociaux. Ces programmes existent dans toute la province.

Le programme de dialyse de l'Île-du-Prince-Édouard est un service communautaire offert sous la direction et la supervision médicales de l'équipe de néphrologie du Queen Elizabeth II Health Sciences Centre de Halifax.

La province compte cinq cliniques d'hémodialyse. Il s'agit d'un service financé par les fonds publics. La province offre également un service d'hémodialyse aux visiteurs venant de l'extérieur de la province ou du pays, à partir des cliniques existantes. Ce service

dépend de la capacité des cliniques et de la disponibilité du personnel requis pour donner le traitement au moment de la demande. Les coûts du service sont assumés en vertu d'une entente de facturation réciproque, si le client vient d'une autre province canadienne, ou payés par le visiteur s'il vient d'un autre pays.

D'importants services de soins ambulatoires sont également offerts par les deux hôpitaux de recours provinciaux en clinique externe. Ce sont les services suivants : éducation sur l'asthme, tests et traitements pour les troubles cardio-pulmonaires, endoscopie, cliniques de chirurgie, cliniques de soins infirmiers, counselling en alimentation et oncologie.

Personnes inscrites					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	141 031	142 022	143 261	144 159	145 047

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	7	7	7	7	7
b. soins chroniques	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. soins de réadaptation	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
e. total	7	7	7	7	7
3. Paiement des services de santé assurés ($) :					
a. soins actifs	115 697 000	121 944 000	125 118 252	129 976 900	137 365 100
b. soins chroniques	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. soins de réadaptation	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
e. total	115 697 000	121 944 000	125 118 252	129 976 900 [1]	137 365 100 [1]
Établissements privés à but lucratif	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
b. établissements d'imagerie diagnostique	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. total	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
b. établissements d'imagerie diagnostique	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. total	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	2 059	2 006	2 163	2 187	2 003
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	11 713 751	14 208 471	15 325 267	16 463 548	17 510 188
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	16 790	15 638	14 368	15 547	15 675
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	2 879 064	2 578 895	2 667 968	3 225 803	3 345 624
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	23	37	30	25	35
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	79 577	155 922	95 719	69 391	105 268
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	152	130	93	91	96
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	25 954	24 366	16 304	17 084	16 179

1. Il s'agit de prévisions budgétaires et non de données réelles.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	97	96	98	113	120
b. spécialistes	92	94	96	98	108
c. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. total	189	190	194	211	228 [2]
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0
b. spécialistes	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0
c. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0
d. total	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	1 264 991	1 330 946	2 504 320	1 387 070	9 795 812 [3]
b. nombre de dossiers					1 312 506 [4]
c. paiements totaux ($)	36 475 710	36 732 119	40 012 026	40 027 386	41 778 719 [5]
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	1 079 216	1 181 548	1 197 935	1 052 167	937 707
b. nombre de dossiers					794 706
c. paiements totaux ($)	32 984 220	33 289 335	34 423 393	35 226 215	34 543 095

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
19. Nombre de services (#)	48 369	45 255	48 928	4 269	73 399
Nombre de dossiers					58 284
20. Paiements totaux ($)	3 778 171	3 795 244	4 122 725	4 674 004	5 221 586
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	521	706	627	534	746
Nombre de dossiers					681
22. Paiements totaux ($)	30 076	37 100	21 849	15 844	27 899

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
23. Nombre de dentistes participants (#)	2	2	2	3	3
24. Nombre de services fournis (#)	312	393	410	303	442
Nombre de dossiers fournis					332
25. Paiements totaux ($)	88 443	90 851	96 490	115 918	106 708

2. Le total ne comprend pas les remplaçants.
3. À compter de 2006-2007, le nombre de services traduira le nombre total de transactions consignées dans tous les dossiers. Le nombre de services sera toujours plus élevé que le nombre de dossiers ou équivalent à ce dernier.
4. À compter de 2006-2007, le nombre de dossiers traduira le nombre total d'interactions individuelles avec des services de santé assurés.
5. Ce chiffre traduit les paiements effectués au moyen de présentations de demandes.

Nouvelle-Écosse

Introduction

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse fait preuve de leadership et de collaboration dans le cadre de sa mission, qui est de mettre à la disposition de sa population un système de santé approprié, efficace et durable pour maintenir et améliorer la santé des Néo-Écossais. Les services de santé dispensés en Nouvelle-Écosse doivent donc être intégrés, axés sur la collectivité et durables.

En février 2006, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a créé un nouveau ministère de la Promotion de la santé et de la Protection, qui regroupe deux secteurs du ministère de la Santé : le Bureau du médecin hygiéniste en chef et la Direction de la santé publique; Nova Scotia Health Promotion.

La *Health Authorities Act*, chapitre 6 des Lois de 2000, a établi les neuf autorités sanitaires de district (ASD) de la province ainsi que leurs services de soutien communautaire, les conseils de santé communautaire (CSC). Les ASD sont chargées de la coordination, de la planification, de la gestion, de la prestation et de la surveillance des services de santé au sein de chaque district et elles doivent apporter un soutien aux CSC en matière de planification. Les services dispensés par les ASD sont les suivants : soins actifs et tertiaires ainsi que services de santé mentale et de toxicomanie.

Les trente-sept CSC de la province élaborent des plans de santé communautaire en se fondant sur les soins de santé primaires et la promotion de la santé. Les ASD choisissent deux tiers des nominations au sein de leur conseil parmi les CSC. Leurs plans de santé communautaire font partie du processus annuel de planification des activités des ASD. Outre les neuf ASD, les structures de conseils, d'administration et de prestation de services du Centre de santé IWK demeurent distinctes.

Le ministère de la Santé est chargé d'établir des orientations stratégiques et des normes pour les services de santé, en veillant à la disponibilité de services de santé de qualité, en surveillant et en évaluant le rendement et les résultats, tout en produisant des rapports à cet égard, ainsi qu'en finançant les services de santé. Le ministère de la Santé est directement chargé des services fournis par les médecins et des services pharmaceutiques, des services de santé d'urgence, des soins continus et de bien d'autres programmes et services de santé assurés et financés par l'État.

Aux termes de la *Health Authorities Act*, les ASD sont tenues de fournir, au ministre de la Santé, des états financiers mensuels et trimestriels ainsi que des états financiers vérifiés de fin d'année. Elles doivent aussi présenter des rapports annuels sur la mise en œuvre de leurs plans d'activités. Ces dispositions assurent une plus grande responsabilisation financière. Les articles de la *Health Authorities Act* réglementant les rapports financiers et la planification des activités sont entrés en vigueur le 1er avril 2001.

Conformément à la *Provincial Finance Act (2000)* ainsi qu'aux politiques et aux lignes directrices du gouvernement, le ministère de la Santé doit présenter un compte rendu annuel des activités faisant état de ses résultats par rapport au plan d'activités pour l'exercice visé. Le compte rendu de l'exercice 2006-2007 sera disponible vers la fin de 2007.

La Nouvelle-Écosse doit faire face à de nombreux défis en ce qui concerne la prestation de services de soins de santé. La population de la Nouvelle-Écosse vieillit. Environ 14,1 p. 100 de la population de cette province est âgée de 65 ans ou plus, et ce pourcentage est censé doubler d'ici 2026. Pour répondre aux besoins de notre population vieillissante, la

Nouvelle-Écosse a élargi sa définition des services assurés par l'État pour y inclure les soins à domicile, les soins de longue durée et une meilleure couverture des médicaments. La province a aussi des taux de maladies chroniques (cancer et diabète) supérieurs à la moyenne, ce qui contribue grandement à la hausse des coûts de la prestation des soins de santé en Nouvelle-Écosse.

Il existe aussi d'autres inducteurs de coûts importants : marché du travail très concurrentiel pour ce qui est des ressources humaines en santé, augmentation des coûts des produits pharmaceutiques et infrastructure des établissements vétustes.

Malgré ces pressions et ces défis qui ne cessent de prendre de l'importance, la Nouvelle-Écosse s'engage toujours à assurer la prestation de services jugés médicalement nécessaires qui sont conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

D'autres renseignements sur les soins de santé en Nouvelle-Écosse sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé à :

www.gov.ns.ca/health.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

En Nouvelle-Écosse, les services de santé sont couverts par deux régimes : l'Hospital Insurance Plan (HSI) et le Medical Services Insurance Plan (MSI). Le HSI est géré par le ministère de la Santé en vertu de la *Health Services and Insurance Act*, chapitre 197, Revised Statutes of Nova Scotia, 1989, paragraphe 3(1), articles 5, 6, 10, 15, 16, paragraphe 17(1), articles 18 et 35.

Le MSI est administré et géré par une autorité comprenant le ministère de la Santé et Medavie Croix Bleue (anciennement Atlantic Blue Cross) en vertu de la *Loi* mentionnée précédemment (articles 8, 13, paragraphe 17(2), articles 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32 et 35).

L'article 3 de la *Health Services and Insurance Act* stipule que, sous réserve des dispositions de la *Loi et de son Règlement d'application*, tous les habitants de la province ont le droit de recevoir des services hospitaliers assurés selon des modalités uniformes, et que tous les Néo-Écossais sont assurés, selon des modalités uniformes, à l'égard du paiement des coûts des services professionnels assurés, et ce, jusqu'au tarif établi. En vertu de l'article 8 de la *Loi*, le ministre de la Santé peut, sous réserve de l'approbation du gouverneur en conseil, conclure, modifier ou résilier, avec une ou plusieurs personnes, les ententes qu'il juge nécessaires pour établir, mettre en œuvre et exécuter le MSI.

Le ministère de la Santé et Medavie Croix Bleue ont conclu une nouvelle entente de niveau de service, qui est en vigueur depuis le 1er août 2005. Cette nouvelle entente décennale remplace le protocole d'entente de 1992 entre Medavie et le ministère de la Santé. Aux termes de l'entente, Medavie s'occupe de gérer et d'administrer les programmes dans le cadre du MSI, les régimes d'assurance-médicaments et les services d'enregistrement des cartes de santé.

1.2 Liens hiérarchiques

Medavie est tenue de présenter des rapports au Ministère conformément à divers énoncés des besoins pour chaque description de service, tel qu'il est énoncé dans le contrat.

L'alinéa 17(1)i) de la *Health Services and Insurance Act*, et les paragraphes 11(1) et 12(1) du *Hospital*

Insurance Regulations, aux termes de cette loi, établissent les conditions régissant la présentation, au ministre de la Santé, de rapports par les hôpitaux et leurs conseils d'administration.

1.3 Vérification des comptes

Le bureau du vérificateur général vérifie toutes les dépenses du ministère de la Santé. Un contrat est en place pour procéder à une évaluation annuelle de l'Insured Prescription Drug Plan Trust Fund. Le ministère de la Santé a conclu une entente de niveau de service avec Medavie Croix Bleue, qui est en vigueur depuis le 1er août 2005. Un plan de vérification est en cours d'élaboration pour cette entente, y compris les paiements d'assurance-santé, qui a été recommandé par le bureau du vérificateur général.

Tous les établissements de soins de longue durée ainsi que les organismes de soins à domicile et de soutien à domicile sont tenus de présenter au ministère de la Santé des états financiers annuels vérifiés.

En vertu du paragraphe 34(5) de la *Health Authorities Act*, le conseil d'administration d'un hôpital est tenu de présenter au ministre de la Santé, le 1er juillet de chaque année au plus tard, un état financier vérifié de l'exercice précédent.

Le rapport du vérificateur général de la Nouvelle-Écosse de juin 2006 renfermait des vérifications à l'égard de ce qui suit :

- les autorités sanitaires de district B comtés de Colchester East Hants, de Cumberland et de Pictou;
- les paiements versés aux médecins.

Le rapport du vérificateur général de la Nouvelle-Écosse de décembre 2006 contenait des vérifications relativement à la collecte de renseignements sur les délais d'attente.

1.4 Mandataire désigné

En vertu d'une nouvelle entente de niveau de service avec le ministère de la Santé, qui est en vigueur depuis le 1er août 2005, Medavie Croix Bleue administre les comptes des médecins et est habilitée à recevoir des sommes pour payer ces comptes. Elle reçoit une autorisation écrite du ministère de la Santé lui indiquant les médecins à qui elle peut verser un paiement. Les taux de rémunération et les montants précis sont établis en fonction du contrat négocié entre Doctors Nova Scotia et le ministère de la Santé.

Toutes les activités d'élaboration de systèmes relatives au MSI et au régime d'assurance-médicaments menées par la Medavie Croix Bleue sont sous la supervision d'un comité mixte. Toutes les transactions du MSI et du régime d'assurance-médicaments peuvent être vérifiées par le bureau du vérificateur général.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

En Nouvelle-Écosse, neuf autorités sanitaires de district et le Centre de santé IWK sont responsables de la prestation de services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et externes dans 35 établissements[1].

L'agrément n'est pas obligatoire, mais tous les établissements sont agréés, individuellement ou à l'échelle du district. La loi habilitante qui prévoit la prestation de services hospitaliers assurés en Nouvelle-Écosse est la *Health Services and Insurance Act*, chapitre 197, Revised Statutes of Nova Scotia, 1989, paragraphe 3(1), articles 5, 6, 10, 15, 16, paragraphe 17(1), articles 18 et 35, qui a été adoptée par l'assemblée législative en 1958. Le *Hospital*

1. Il est possible que le nombre d'établissements indiqués dans d'autres documents soit différent du nombre déclaré dans le présent rapport en raison de différences dans la définition du terme « établissement ».

Insurance Regulations a été pris en application de cette loi.

Voici la liste des services aux malades hospitalisés :

- l'hébergement et la fourniture de repas en salle commune;
- les services infirmiers nécessaires;
- les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes diagnostiques;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes, quand ils sont administrés en milieu hospitalier;
- les fournitures chirurgicales ordinaires;
- l'utilisation des salles d'opération, des salles de travail et des installations d'anesthésie;
- l'utilisation des services de radiothérapie et de physiothérapie, lorsqu'ils sont disponibles;
- le sang ou les produits de fractionnement du sang.

Voici la liste des services en consultation externe :

- les examens de laboratoire et de radiologie;
- les actes de diagnostic, y compris ceux utilisant des produits radiopharmaceutiques;
- les examens électroencéphalographiques;
- l'utilisation des installations d'ergothérapie et de physiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles;
- les services infirmiers nécessaires;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes;
- le sang ou les produits de fractionnement du sang;
- les services hospitaliers requis pour la plupart des interventions médicales ou chirurgicales mineures;
- les soins de jour pour diabétiques;
- les services autres que les services médicaux fournis par les Nova Scotia Hearing and Speech Clinics;
- les échographies diagnostiques;
- la nutrition parentérale à domicile;
- l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

Pour ajouter un nouveau service hospitalier à la liste des services hospitaliers assurés, les autorités sanitaires de district doivent soumettre une proposition de programme nouveau ou élargi au ministère de la Santé. Ce processus est entrepris chaque année dans le cadre de la planification des activités. Un modèle de processus élaboré par le Ministère est transmis aux districts pour les guider dans leur démarche. Un groupe de travail du Ministère passe en revue toutes les demandes reçues et en établit l'ordre de priorité. Selon le financement disponible, le ministre de la Santé peut approuver un certain nombre de priorités absolues.

2.2 Services médicaux assurés

La prestation de services médicaux assurés en Nouvelle-Écosse est encadrée par la *Health Services and Insurance Act*, articles 3(2), 5, 8, 13, 13A, 17(2), 22, 27-31 et 35, et le *Medical Services Insurance Regulations*.

La *Health Services and Insurance Act* a été modifiée en 2002-2003 par l'ajout de l'article 13B, aux termes duquel : « À compter du 1er novembre 2002, toute entente intervenue entre un fournisseur de soins et un hôpital, ou des prédécesseurs d'un hôpital, prévoyant la rémunération des services professionnels assurés, l'engagement, de la part du fournisseur de soins, à être de garde pour la prestation de tels services ou à se réinstaller ou à maintenir une présence à proximité d'un hôpital, exception faite des ententes auxquelles le Ministre et la Société sont parties, est nulle et non avenue et aucune rémunération n'est payable en vertu de l'entente, y compris la rémunération autrement payable pour la résiliation de l'entente. » [Traduction libre]

Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, les personnes qui peuvent offrir des services médicaux assurés sont : les omnipraticiens exerçant la médecine générale; les médecins qui ne sont pas spécialistes au sens de la disposition; les médecins spécialistes qui détiennent une certification de spécialité délivrée par l'organisme de réglementation

professionnelle compétent de l'administration où ils exercent.

Les médecins (omnipraticiens ou spécialistes) doivent détenir un permis d'exercice du College of Physicians and Surgeons de la Nouvelle-Écosse pour avoir le droit de présenter des factures au MSI. Les dentistes qui sont rémunérés en vertu de ce régime doivent être inscrits au Provincial Dental Board et être agréés. En 2006-2007, 2 282 médecins et 29 dentistes ont été rémunérés par l'entremise du MSI.

Le médecin conserve le droit de participer au MSI, ou de s'en retirer, auquel cas il doit aviser le régime, et de se dessaisir de son numéro de facturation. Le patient qui paie directement un médecin, parce que celui-ci s'est retiré du régime, est remboursé par le MSI. En date du 31 mars 2007, aucun médecin ne s'était retiré du régime.

Les services assurés sont les services nécessaires sur le plan médical pour le diagnostic, le traitement, la réadaptation ou la modification d'un tableau clinique. Il n'existe aucune limite pour les services assurés médicalement nécessaires.

En 2006-2007, aucun nouveau service d'importance n'a été ajouté à la liste des services médicaux assurés. L'approbation de nouveaux codes d'honoraires se fait régulièrement, selon les besoins, pour tenir compte d'améliorations, de nouvelles technologies ou des nouvelles façons de fournir un service.

Un comité ajoute les nouveaux codes d'honoraires à la liste des services médicaux assurés. Les médecins qui souhaitent faire reconnaître ou établir un nouveau code d'honoraires doivent au préalable soumettre leur cas à Doctors Nova Scotia, qui propose une valeur pour les honoraires suggérés.

La valeur proposée est ensuite soumise à l'examen et à l'approbation du Joint Fee and Tariff Committee. Le comité mixte est formé d'un nombre égal de membres de Doctors Nova Scotia et du ministère de la Santé. Une fois approuvés par le comité, les nouveaux honoraires suggérés sont soumis à l'approbation finale du ministère de la Santé. Medavie Croix Bleue se charge d'ajouter les nouveaux honoraires au barème des services assurés remboursables au titre d'éléments du MSI.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, un dentiste est une personne légalement autorisée à exercer la dentisterie dans un lieu propre à l'exercice de sa profession.

Pour fournir des services de chirurgie dentaire assurés en vertu de la *Health Services and Insurance Act*, les dentistes doivent être membres agréés de la Nova Scotia Dental Association et détenir un certificat dans une spécialité de chirurgie dentaire. Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, un dentiste peut choisir de ne pas participer au MSI. Pour y participer, il doit s'inscrire. Un dentiste participant qui souhaite se retirer du régime est tenu d'informer le MSI, par écrit; il n'est plus autorisé par la suite à présenter des réclamations au régime. En date du 31 mars 2007, aucun dentiste ne s'était retiré du régime. En 2006-2007, 29 dentistes ayant fourni des services de chirurgie dentaire assurés ont été rémunérés par le MSI.

Les services de chirurgie dentaire assurés doivent être fournis dans un établissement de santé. Les services assurés sont énumérés dans l'*Insured Dental Services Tariff Regulations*. Les services fournis en vertu de ce programme sont assurés lorsque l'état médical du patient est tel que l'acte doit être pratiqué à l'hôpital et qu'il est de nature chirurgicale. En règle générale, les services de chirurgie dentaire assurés englobent la chirurgie orthognatique, l'extraction chirurgicale de dents incluses et la chirurgie buccale et maxillo-faciale. Pour faire ajouter des services de chirurgie dentaire assurés à la liste, il faut d'abord s'adresser à la Dental Association of Nova Scotia et lui demander de présenter une proposition à cet égard au ministère de la Santé. Celui-ci rend sa décision après avoir consulté des experts dans le domaine.

Depuis le 15 février 2005, [traduction] « d'autres services d'extraction » (extractions courantes) sont assurés pour les groupes de patients suivants : 1.) cardiaques; 2.) transplantés; 3.) immunodéprimés; et 4.) patients sous radiothérapie.

Toutefois, les extractions courantes chez ces patients sont couvertes uniquement si les critères suivants sont réunis. Le patient suit un traitement actif dans un centre hospitalier et l'intervention médicale requise exige une extraction, qui serait autrement assimilée à une extraction courante non couverte par l'assurance publique. Pour que la réclamation puisse être approuvée, le nom du médecin spécialiste doit figurer dans le plan de traitement dentaire et celui-ci doit avoir indiqué par écrit, dans son plan de traitement médical, que l'extraction ou les extractions courantes étaient nécessaires sur le plan médical au traitement ou à l'intervention requis pour le patient.

Les autres services qui viennent d'être approuvés sont la couverture de toutes les biopsies chirurgicales de tissus précancéreux et cancéreux.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Voici la liste des services hospitaliers non assurés :

- l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient;
- les téléphones;
- les téléviseurs;
- les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé de l'hôpital;
- la chirurgie esthétique;
- les interventions visant le rétablissement de la fécondité;
- la chirurgie transsexuelle;
- la fécondation in vitro;
- les interventions pratiquées dans le cadre d'essais cliniques;
- les services comme le pontage gastrique dans les cas d'obésité morbide, la chirurgie d'augmentation ou de réduction mammaire et la circoncision des nouveau-nés, sauf, exceptionnellement, s'ils sont jugés nécessaires sur le plan médical;
- les services requis par un tiers (les compagnies d'assurance, par exemple) qui ne sont pas jugés médicalement nécessaires.

Voici la liste des services médicaux non assurés :

- les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou de toute autre loi fédérale ou provinciale;
- les frais relatifs aux déplacements ou aux délais;
- les conseils ou les renouvellements d'ordonnances donnés par téléphone;
- les examens requis par un tiers;
- les immunisations ou inoculations de groupe, à moins qu'elles ne soient autorisées par le Ministère;
- la préparation de certificats ou de rapports;
- la comparution en cour;
- les services associés à l'électrocardiographie, à l'électromyographie et à l'électroencéphalographie, à moins que le médecin ne soit un spécialiste dans le domaine en question;
- la chirurgie esthétique;
- l'acupuncture;
- le rétablissement de la fécondité;
- la fécondation in vitro.

En Nouvelle-Écosse, les tiers achetant des services médicaux nécessaires sur le plan médical sont principalement la Workers' Compensation, les Forces canadiennes et la GRC.

Tous les habitants de la province ont droit aux services couverts aux termes de la *Health Services and Insurance Act*. Les patients qui peuvent acheter des biens et des services améliorés (lentilles intraoculaires pliables ou plâtres en fibre de verre, par exemple) doivent être bien informés des coûts. Les patients ne doivent pas se voir refuser les services en raison de leur incapacité de payer. La province

offre des solutions de rechange à tout bien ou service amélioré.

Par ailleurs, le ministère de la Santé étudie attentivement toutes les plaintes de patients et les préoccupations du public qui pourraient laisser entendre que les principes généraux des services assurés ne sont pas respectés.

Pour désassurer des services médicaux, les représentants de la Medical Society of Nova Scotia et du ministère de la Santé doivent entamer un processus de négociation qui leur permettra d'évaluer conjointement une intervention pour en déterminer la nécessité sur le plan médical. Si l'intervention n'est pas jugée nécessaire sur le plan médical, elle sera retirée du barème de rémunération des médecins et ne sera plus remboursée à titre de service assuré. Lorsqu'un service est désassuré, l'ensemble des interventions et examens associés à sa prestation le deviennent également. Le même processus s'applique aux services dentaires et hospitaliers. Le dernier retrait important de services assurés remonte à 1997.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

L'admissibilité aux services de santé assurés en Nouvelle-Écosse est définie à l'article 2 du *Hospital Insurance Regulations*, conformément à l'article 17 de la *Health Services and Insurance Act*. Tous les habitants de la Nouvelle-Écosse sont admissibles. On définit un habitant comme toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, domiciliée et résidant habituellement en Nouvelle-Écosse.

Une personne est réputée « résider habituellement » en Nouvelle-Écosse si :

- elle y établit sa résidence permanente;
- elle y est effectivement présente au moins 183 jours par année civile (les absences au Canada de moins de 30 jours ne sont pas comptabilisées);
- elle est citoyenne canadienne ou possède le statut de « résident permanent », selon Citoyenneté et Immigration Canada.

Les personnes des autres provinces du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse sont habituellement admissibles au MSI, à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée. Les personnes d'autres pays qui s'établissent en permanence en Nouvelle-Écosse sont admissibles à compter de la date d'arrivée dans la province, à condition d'être citoyens canadiens ou d'avoir le statut de « résident permanent », tel que défini par Citoyenneté et Immigration Canada.

Les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) et des Forces canadiennes et les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas admissibles au MSI. Lorsque leur statut change, ils deviennent immédiatement admissibles au régime d'assurance-santé provincial.

En 2006-2007, aucun changement n'a été apporté aux exigences en matière d'admissibilité.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour obtenir une carte d'assurance-santé en Nouvelle-Écosse, les habitants doivent s'inscrire auprès du MSI. S'ils sont admissibles, ils doivent ensuite remplir un formulaire de demande. Le demandeur (et son conjoint, s'il y a lieu) doit signer le formulaire pour que la demande soit traitée. Il doit également fournir sur la demande le nom et l'adresse d'un témoin. Cette personne doit résider en Nouvelle-Écosse et pouvoir confirmer l'information figurant sur la demande. Le demandeur doit, en outre, inclure une preuve de citoyenneté canadienne ou fournir une copie d'un document d'immigration acceptable.

Une fois la demande approuvée, chaque membre de la famille dont le nom figure sur la demande reçoit une carte d'assurance-santé. L'information liée à l'inscription au régime MSI est tenue sous forme d'unité familiale. Chaque carte porte un numéro

unique et est valide pour la durée de vie du demandeur. Les cartes sont renouvelables tous les quatre ans. Le numéro de la carte sert aussi de principal identificateur de dossier de santé pour tous les services de santé obtenus en Nouvelle-Écosse pendant la vie du bénéficiaire. Avant d'obtenir des services assurés, les habitants doivent fournir une preuve d'admissibilité à ces services. Des avis de renouvellement sont envoyés à la plupart des détenteurs de carte trois mois avant la date d'expiration de cette dernière. Sur réception de l'avis de renouvellement dûment signé, le MSI délivrera une nouvelle carte d'assurance-santé.

En Nouvelle-Écosse, aucune loi n'oblige les habitants de la province à s'inscrire au MSI. Il peut donc y avoir des personnes non inscrites parmi les habitants de la Nouvelle-Écosse.

En 2006-2007, on comptait 965 044 habitants inscrits au régime d'assurance-santé.

3.3 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes également admissibles à la couverture des services de santé assurés en Nouvelle-Écosse, lorsqu'elles respectent des critères d'admissibilité spécifiques à leur situation, sont les suivantes :

Immigrants : Les personnes de l'étranger qui s'installent de façon permanente en Nouvelle-Écosse sont admissibles à l'assurance-santé à la date de leur arrivée. Elles doivent détenir un document attestant de leur statut de « résident permanent », terme qui a remplacé celui d'« immigrant reçu ».

Les réfugiés au sens de la Convention et les non-Canadiens mariés à un citoyen canadien ou à un résident permanent (présentation d'une copie du certificat de mariage obligatoire), qui détiennent tout autre document et qui ont fait, au Canada, une demande de résidence permanente, sont admissibles à l'assurance-santé à compter de la date de cette demande – à condition d'avoir en leur possession une lettre de Citoyenneté et Immigration Canada attestant qu'ils ont fait une demande.

Les non-Canadiens mariés à un citoyen canadien ou à un résident permanent (présentation d'une copie du certificat de mariage obligatoire), qui détiennent tout autre document et qui ont fait, à l'extérieur du Canada, une demande de statut de résident permanent, deviennent admissibles à compter de la date d'arrivée au Canada – à condition d'avoir en leur possession une lettre de Citoyenneté et Immigration Canada attestant qu'ils ont fait une demande de résidence permanente.

En 2006-2007, il y avait 23 886 résidents permanents inscrits au régime d'assurance-santé.

Permis de travail : Les personnes de l'étranger qui viennent s'établir en Nouvelle-Écosse et qui possèdent un permis de travail peuvent présenter une demande d'inscription au régime à la date de leur arrivée en Nouvelle-Écosse, à la condition de demeurer en Nouvelle-Écosse au moins une année complète. Le travailleur doit signer une déclaration confirmant qu'il ne se trouvera pas à l'extérieur de la Nouvelle-Écosse pendant plus de 31 jours consécutifs, sauf dans l'exercice d'un emploi. La couverture du régime est prolongée pour des périodes maximales de 12 mois à la fois et ne porte que sur les services reçus en Nouvelle-Écosse, dont la liste figure sur la carte d'assurance-santé. Chaque année, le titulaire doit présenter une copie de son document d'immigration renouvelé et signer une déclaration. Les personnes à sa charge, qui sont légalement autorisées à demeurer au Canada, sont couvertes selon les mêmes modalités.

Lorsque la personne cesse d'être admissible, sa situation est celle d'une personne qui n'a jamais été admissible à la couverture qui lui avait ainsi été accordée. Les exigences susmentionnées devront être satisfaites avant qu'elle soit couverte, ainsi que ses personnes à charge, le cas échéant.

En 2006-2007, 1 560 personnes possédant une autorisation d'emploi étaient couvertes par le régime d'assurance-santé.

Permis d'études : Les personnes d'autres pays en possession d'une autorisation d'étude qui viennent s'établir en Nouvelle-Écosse sont admissibles au MSI à compter du premier jour du treizième mois qui suit le mois de leur arrivée, pour autant qu'elles n'aient pas séjourné à l'extérieur de la province pendant plus de 31 jours consécutifs, sauf dans le cadre de leurs d'études. La couverture du régime est prolongée pour une période maximale de 12 mois à la fois et ne vise que les services reçus en Nouvelle-Écosse. Chaque année, le titulaire doit présenter une copie de son document d'immigration renouvelé et signer une déclaration. Lorsque l'étudiant a obtenu le droit de participer au régime, les personnes à sa charge qui sont légalement autorisées à demeurer au Canada ont droit à la même couverture, selon les mêmes modalités.

En 2006-2007, 804 titulaires de permis d'études étaient couverts par le régime d'assurance-santé.

Réfugiés : Les réfugiés sont admissibles au MSI s'ils détiennent un permis d'emploi ou d'études.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes des autres provinces ou territoires du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse seront normalement admissibles au MSI à compter de la première journée du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

L'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité est respecté dans tous les cas où la condition de transférabilité s'applique.

Le MSI offre généralement une couverture aux habitants de la province qui s'établissent ailleurs au Canada pendant une durée de trois mois. Les étudiants et leurs personnes à charge qui sont temporairement absents de la province et qui fréquentent un établissement d'enseignement à temps plein peuvent demeurer admissibles au MSI sur une base annuelle. Pour être admissible, l'étudiant doit présenter, au MSI, une lettre venant directement de son établissement d'enseignement et confirmant qu'il y est inscrit à plein temps. La couverture sera fournie jusqu'au moment de la réception de ladite lettre, sur une base annuelle.

Les travailleurs qui s'absentent de la Nouvelle Écosse pour chercher un emploi ailleurs demeurent admissibles au MSI pendant une période maximale de douze mois, pour autant qu'ils n'établissent pas leur résidence dans une autre province ou un territoire ou un autre pays. Les services fournis aux habitants de la Nouvelle_Écosse dans une autre province ou un territoire sont couverts par des ententes de réciprocité. La Nouvelle_Écosse participe à l'« entente de facturation réciproque des services hospitaliers » et à l'« entente de facturation réciproque des services médicaux ». Le Québec est la seule province qui ne participe pas à l'entente de facturation réciproque des services médicaux. La Nouvelle_Écosse paie, aux tarifs du Québec, les services assurés fournis par les médecins de cette province aux habitants de la Nouvelle_Écosse, si ces services sont aussi assurés en Nouvelle_Écosse. La majorité des réclamations de ce genre sont reçues directement des médecins du Québec. Les services hospitaliers fournis à des malades hospitalisés sont payés en vertu de l'entente de facturation réciproque interprovinciale au coût normalisé d'hospitalisation en salle commune de l'hôpital ayant fourni le service. En 2006-2007, les montants payés par le régime à l'égard de services hospitaliers fournis dans d'autres provinces et territoires totalisaient 22 771 143 $ pour les services aux malades hospitalisés et les services aux malades externes. Dans tous les cas visés par l'entente de

facturation réciproque, la Nouvelle-Écosse paie les tarifs de la province ayant fourni les services assurés.

En 2006-2007, aucun changement n'a été apporté en Nouvelle-Écosse en ce qui concerne la transférabilité à l'intérieur du Canada.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'étranger

La Nouvelle-Écosse respecte l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité lorsque des services assurés sont fournis à des résidents durant une absence temporaire à l'étranger. Pourvu qu'un habitant de la Nouvelle-Écosse réponde aux critères d'admissibilité, les services fournis à l'étranger sont payés au moins à hauteur du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. Pour être admissibles à la couverture, les habitants ne doivent habituellement pas être à l'extérieur du pays pour une période de plus de six mois dans une même année civile. Une autorisation préalable est requise pour être couvert par le MSI en cas d'intervention non urgente.

Pendant une absence temporaire de la province, les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement à l'extérieur du Canada et leurs personnes à charge peuvent demeurer admissibles au MSI, sur une base annuelle. Ils sont alors tenus de présenter au régime une lettre de leur établissement d'enseignement confirmant qu'ils le fréquentent, et ce, pour chaque année visée par la couverture demandée.

Les personnes qui vont travailler à l'étranger (y compris comme bénévoles ou missionnaires ou pour faire de la recherche à ce titre) pour une période de 24 mois ou moins restent couvertes par le MSI, à condition de satisfaire au préalable aux exigences en matière de résidence.

Les services d'urgence fournis à l'étranger sont payés au moins à hauteur du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. En 2006-2007, les montants payés à l'égard de services aux malades hospitalisés fournis à l'étranger totalisaient 153 937,17 $.

En 2006-2007, aucun changement n'a été apporté en Nouvelle-Écosse en ce qui concerne la transférabilité à l'étranger.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une autorisation préalable est requise dans le cas de services non urgents fournis à l'étranger. Le spécialiste de la Nouvelle-Écosse doit présenter une demande d'autorisation préalable au directeur médical du MSI pour le compte de l'habitant assuré. Le médecin-conseil examine les modalités et détermine si le service est fourni dans la province, peut être fourni dans une autre province ou n'est fourni qu'à l'étranger. Sa décision est communiquée au spécialiste qui veut adresser le patient à l'étranger. Si l'approbation est accordée, le service non urgent sera entièrement couvert par le MSI.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les services assurés sont fournis aux résidents de la Nouvelle-Écosse selon des modalités uniformes, sans frais modérateurs ni supplément.

La Nouvelle-Écosse suit de près la situation de l'accès aux soins dans l'ensemble du Canada pour rester à jour. Lorsque des améliorations sont jugées nécessaires dans certains secteurs, des fonds supplémentaires sont généralement accordés, si la situation financière de la province le permet. Le ministère de la Santé a accepté les recommandations du rapport du Comité provincial de l'ostéoporose relatives à l'installation de nouveaux ostéodensitomètres à Sydney et à Yarmouth et à l'utilisation à pleine capacité de l'appareil de Truro. Au cours de l'exercice 2002-2003, une somme additionnelle de 5 millions de dollars a été accordée à la Capital District Health Authority dans le but

d'accroître les capacités en chirurgie cardiaque et en cathétérisme cardiaque et, par le fait même, de réduire les délais d'attente. Au cours de l'exercice 2004-2005, une somme de 7 millions de dollars a été ajoutée au budget de la Capital District Health Authority pour s'attaquer au problème des listes d'attente toujours plus longues en orthopédie. Au cours de l'exercice 2004-2005, l'achat de quatre appareils d'IRM a été approuvé et financé; les appareils seront attribués à quatre régions rurales : Antigonish, New Glasgow, Kentville et Yarmouth. En 2006-2007, des services d'IRM ont été mis en place à l'hôpital régional de Yarmouth, de Kentville, de New Glasgow et d'Antigonish afin d'accroître l'accès en zone rurale et de réduire les délais d'attente à l'échelle provinciale. Les deux appareils d'IRM de la Capital District Health Authority d'Halifax ont également été remplacés. La mise en place d'un programme de tomographie par émission de positons (TEP/tomographie par ordinateur) a aussi été approuvée et financée pour ce district. En plus du projet de TEP/tomographie par ordinateur qui sera fonctionnel en février 2008, la province a approuvé le financement d'un projet de cyclotron qui complétera les services de TEP/tomographie par ordinateur déjà accessibles; la fabrication requise des FDG (2-[fluorine-18]-fluoro-2-deoxy-D-glucose) sur place débutera au cours de l'exercice 2009-2010.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse continue de privilégier la prestation de services de soins de santé viables et de qualité à ses citoyens.

En 2006-2007, un financement total de 11,0 millions de dollars a été accordé à la formation, au recrutement et au maintien en poste d'infirmières. Quatre-vingt pour cent des infirmières diplômées en 2002 ont renouvelé leur permis d'exercice, comparativement à seulement 51 pour cent en 2001. Il s'agit du taux de maintien en poste le plus élevé depuis 1999.

Le Tableau 1 présente une répartition des principales professions de la santé qui sont autorisées à exercer en Nouvelle-Écosse. Ce ne sont pas tous ces professionnels de la santé qui prenaient activement part à la prestation de services de santé assurés.

Tableau 1 : Personnel médical en Nouvelle-Écosse[2]

Profession de la santé	Professionnels autorisés à exercer leur profession [3]
Médecins	2 282
Dentistes [4]	510
Infirmières autorisées	9 526
Infirmières auxiliaires autorisées	3 274
Techniciens en radiation médicale	537
Inhalothérapeutes	186 [5]
Pharmaciens	1 145
Ergothérapeutes	234
Orthophonistes	155
Chiropraticiens	107
Opticiens	173
Optométristes	97
Denturologistes	61
Diététistes	447
Psychologues	450
Physiothérapeutes	390

2. Les données sont actuelles (2006-2007) sauf lorsque cela est mentionné.
3. Ce ne sont pas tous les professionnels autorisés à exercer leur profession qui travaillent réellement.
4. Un nombre limité de dentistes autorisés sont approuvés pour les services dentaires assurés.
5. Données de 2002.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 2006-2007, 2 282 médecins et 29 dentistes ont fourni activement des services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* ou des lois provinciales. Des solutions innovatrices de financement, comme le financement global et les contrats de services personnels, ont permis d'améliorer le recrutement.

La Nouvelle-Écosse a augmenté la capacité de formation médicale, à la fois pour les étudiants en médecine canadiens et les médecins formés à l'étranger, coordonne les activités de recrutement permanentes et a financé le lancement d'un programme à l'intention des omnipraticiens qui souhaitent faire une spécialisation après avoir exercé la médecine générale pendant deux ans dans la province.

En 2006-2007, la province a aussi pris les mesures suivantes dans le but d'améliorer l'accès aux services médicaux assurés :

- La Nouvelle-Écosse a investi 11,5 millions de dollars pour moderniser l'hôpital Inverness. Les rénovations permettront aux résidents d'Inverness et des environs d'avoir plus facilement accès à des services de santé en milieu communautaire.
- La Nouvelle-Écosse a investi 5,3 millions de dollars pour rénover l'hôpital régional du Cap-Breton. Ces travaux comprendront l'ajout de salles d'examen et d'observation en cardiologie ainsi que d'une entrée pour le transfert des patients, des changements au poste de soins infirmiers, des améliorations à la salle des traumas, l'ajout de lits d'observation, des salles de consultation pour les services de santé mentale, la modification de la salle de triage et des changements à l'entrée réservée aux ambulances.
- La Nouvelle-Écosse a adopté une nouvelle *Registered Nurses Act*. Cette loi définira avec plus de précision le champ de compétences des infirmières autorisées ainsi que la façon dont le personnel infimier travaille avec d'autres professionnels de la santé.

  La *Loi* éliminera les obstacles auxquels font face les infirmières praticiennes, en respectant les normes nationales. Ces infirmières seront en mesure de travailler en collaboration avec d'autres professionnels de la santé, ce qui leur permettra de poser un diagnostic, de demander des tests et de prescrire des médicaments.

  Une deuxième loi, la *Licensed Practical Nurses Act*, clarifie la définition du champ de compétences des infirmières auxiliaires autorisées. Ces dernières pourront travailler de manière plus indépendante auprès de leurs patients.

  Environ 9 526 infirmières autorisées possèdent un permis du College of Registered Nurses of Nova Scotia, tandis que 3 058 infirmières auxiliaires autorisées possèdent un permis du College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia.

5.4 Rémunération des médecins

La *Health Services and Insurance Act*, Revised Statutes of Nova Scotia, chapitre 197, régit la rémunération des médecins et des dentistes pour les services assurés. Les rémunérations sont versées aux médecins conformément à une entente négociée entre Doctors Nova Scotia et le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Doctors Nova Scotia est reconnu comme seul agent négociateur des médecins dans la province. Au moment des négociations, des représentants de Doctors Nova Scotia et du ministère de la Santé discutent du financement global et des autres conditions. L'entente cadre en vigueur va du 1er avril 2004 au 31 mars 2008. Elle fixe la valeur unitaire des services médicaux et renferme des clauses sur l'Association canadienne de protection médicale, les services aux membres, le paiement des services fournis à l'urgence, le financement pour le service de garde, les réajustements de frais précis, les modes de règlement des différends ainsi que d'autres enjeux associés à des processus ou à des consultations.

La rémunération à l'acte reste prépondérante, mais il y a une augmentation marquée de l'utilisation d'autres modes de paiement en Nouvelle-Écosse.

Au cours des dernières années, l'utilisation d'autres modes de paiement a crû de façon notable. En 1997-1998, environ 9 p.100 des médecins étaient payés uniquement selon d'autres modes de paiement. En 2006-2007, plus de 30 p.100 des médecins sont toujours rémunérés ainsi; ils peuvent être répartis en trois groupes :

1. les spécialistes chargés d'enseignement clinique (qui se retrouvent principalement à Halifax, c.-à-d. dans les centres QEII et IWK), dont la plupart, sauf les urologues et ophtalmologues, sont rémunérés par d'autres modes de paiement;
2. les spécialistes (obstétrique-gynécologie, anesthésiologie et pédiatrie) des districts;
3. les omnipraticiens (contrats passés avec les médecins et les infirmières praticiennes).

Certains médecins tirent une partie de leur revenu de services non rémunérés à l'acte, comme ceux qui reçoivent une rémunération à la vacation, les psychiatres, ceux qui exercent dans une région éloignée, ceux qui font des gardes sur place et ceux qui couvrent les salles d'urgence, pour lesquelles il existe un programme de financement. Environ 60 p.100 des médecins de la Nouvelle-Écosse sont rémunérés en tout ou en partie par d'autres mécanismes que la rémunération à l'acte.

En 2006-2007, les paiements aux médecins de la Nouvelle-Écosse pour la prestation de services assurés se sont élevés à 581 817 423 $. Le Ministère a versé 7 091 572 $ de plus pour des services médicaux assurés rendus à des résidents de la Nouvelle-Écosse dans d'autres provinces et territoires du Canada.

Les taux de rémunération des services dentaires de la province sont négociés entre le ministère de la Santé et la Dental Association of Nova Scotia. Le processus de négociation de ces taux est semblable à celui des services médicaux. Les dentistes sont rémunérés à l'acte. L'entente en vigueur, conclue en avril 2004, prend fin le 31 mars 2008.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse fixe les objectifs budgétaires des services de soins de santé. Pour ce faire, il reçoit les plans d'activités des neuf autorités sanitaires de district (ASD), du Centre de santé IWK et d'organisations autres que les ASD. Le budget détermine les paiements qui seront versés à ces organisations pour la prestation des services.

La *Health Authorities Act* a obtenu la sanction royale le 8 juin 2000. Elle a institué les neuf ASD qui remplacent les régies régionales de santé de la province. Ce changement est entré en vigueur en janvier 2001 en vertu du *Health Authorities General Regulations.* La mise en place de conseils de santé communautaire en vertu du *Community Health Boards Member Selection Regulations* est entrée en vigueur en avril 2001. Les ASD sont chargées (selon l'article 20 de la *Loi*) de surveiller la prestation des services de santé dans leur district et ont la pleine responsabilité d'expliquer leurs décisions relatives aux plans de santé communautaire par le truchement des plans d'activités qu'elles soumettent au ministère de la Santé.

L'article 10 de la *Health Services and Insurance Act* et les articles 9 à 13 du Hospital Insurance Regulations définissent les modalités de paiement, par le ministre de la Santé, des services hospitaliers assurés aux hôpitaux.

En 2006-2007, il y avait 2 891 lits d'hôpitaux (3 lits par 1 000 habitants) en Nouvelle-Écosse. Les dépenses directes du ministère de la Santé pour les coûts de fonctionnement des services hospitaliers assurés ont augmenté et atteint 1,12 milliard de dollars.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

La *Health Services and Insurance Act* fait mention de la contribution du gouvernement fédéral à la Nouvelle-Écosse à l'égard du coût des services hospitaliers et de santé assurés fournis aux habitants de la province. En outre, les communiqués de presse et les médias font savoir à la population que le gouvernement alloue à la province un financement permanent sous forme de contribution au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) et d'autres formes de financement.

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a également reconnu la contribution fédérale au titre du TCS dans divers documents publiés, y compris les suivants publiés en 2006-2007 :

- Public Accounts 2006-2007;
- Budget Estimates 2006-2007.

7.0 Services complémentaires de santé

La Direction générale des soins de santé continus du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse offre des services de soins à domicile et de soins de longue durée. Ces services favorisent l'autonomie chez les personnes ayant des besoins de santé ainsi qu'un traitement équitable et la possibilité de faire des choix pour ces personnes. Le ministère de la Santé fournit un guichet unique pour ses services de soins continus. Les Néo-Écossais peuvent communiquer avec ces services en composant un seul numéro sans frais.

En 2006, le ministère de la Santé a publié une stratégie des soins continus générale et pluriannuelle, qui comprend l'ajout de lits dans des établissements de soins de longue durée de même que l'élargissement et l'amélioration des services communautaires et des services à domicile au cours des cinq à dix prochaines années.

7.1 Soins intermédiaires en foyers de soins infirmiers et soins en établissement pour adultes

- Le ministère de la Santé fournit des services de soins de longue durée dans les types d'établissement suivants :

  maisons de repos et foyers pour personnes âgées, qui offrent une panoplie de soins personnels ou de soins infirmiers pertinents aux personnes qui nécessitent la présence d'une infirmière autorisée ou d'un infirmier autorisé en tout temps;

  établissements de soins pour bénéficiaires internes, qui offrent des soins de surveillance ou des soins personnels en établissement;

  services de logement dans la collectivité, qui offrent un logement, une supervision minimale et l'amélioration de la capacité d'autonomie pour trois pensionnaires ou moins.

Le gouvernement provincial assume les coûts liés aux services de soins de santé des pensionnaires des maisons de repos, des établissements de soins pour bénéficiaires internes et de services de logement dans la collectivité sous la responsabilité du ministère de la Santé. Les pensionnaires paient les coûts d'hébergement liés aux services de soins de longue durée qu'ils reçoivent. Les coûts d'hébergement dans un établissement de soins de longue durée sont fondés sur le type d'établissement et le revenu du pensionnaire, jusqu'à un maximum quotidien. Pour obtenir de plus amples renseignements, rendez-vous à www.gov.ns.ca/health/ccs/ltc.htm.

7.2 Services de soins à domicile

Des services de soins à domicile généraux et financés par la province sont offerts aux habitants de la Nouvelle-Écosse de tout âge, et ils aident les personnes à atteindre et à maintenir le meilleur état de santé possible et à mener une vie autonome dans la collectivité le plus longtemps possible. Les services de soins de longue durée comme les services de soins actifs sont offerts dans le cadre des services de soins à domicile. Les personnes présentant une maladie chronique ou un handicap, en convalescence, en soins palliatifs ou souffrant d'une maladie aiguë peuvent y avoir accès. Les soins fournis aux personnes dans le cadre des services de soins à domicile sont les soins infirmiers professionnels, les soins personnels, le soutien des activités à domicile, les soins alimentaires, l'oxygénothérapie à domicile et les soins de relève. Le programme fait également référence à d'autres services et établit des liens avec ceux-ci, tels que les programmes de jour pour adultes, les services de bénévoles, le transport-repas et les services de réadaptation communautaire.

En décembre 2005, le ministère de la Santé a créé un volet pour les services de soins autonomes afin d'aider les handicapés physiques de la Nouvelle-Écosse à avoir un plus grand contrôle sur leur vie. Le programme fournit des fonds aux personnes admissibles pour qu'elles soient en mesure d'embaucher directement des soignants afin de répondre à leurs besoins en matière de soutien à domicile et de soins personnels.

Outre les services susmentionnés, les programmes et services suivants sont offerts aux Néo-Écossais, alors qu'ils ne sont pas prescrits par la *Loi canadienne sur la santé*.

- **Régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées** – Ce régime provincial aide les personnes âgées à faire face aux coûts des médicaments sur ordonnance. Pour y être admissible, il faut être âgé de 65 ans et plus et ne pas être couvert par le programme du ministère des Anciens Combattants ou de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ni par un régime privé d'assurance-médicaments. Les produits couverts sont les médicaments délivrés sur ordonnance et les fournitures pour diabétiques ou stomisés figurant sur la liste des produits assurés. Des frais modérateurs équivalant à 33 p. 100 du coût total, mais ne dépassant pas 30 dollars, sont exigés pour chaque achat des produits susmentionnés, jusqu'à concurrence de 360 dollars par année. Des renseignements généraux sur le régime d'assurance-médicaments se trouvent à l'adresse suivante :

  www.gov.ns.ca/health/pharmacare/default.htm.

- **Financement spécial accordé pour certains états pathologiques** – La province accorde du financement pour l'achat de produits médicamenteux servant à traiter certaines maladies, dont la fibrose kystique, le diabète insipide, le cancer et le déficit en hormone de croissance. Il n'y a pas de frais modérateurs. Des renseignements généraux sur le régime d'assurance-médicaments se trouvent à l'adresse suivante :

  www.gov.ns.ca/health/pharmacare/default.htm.

- **Programme d'aide sur le diabète** – En 2005-2006, 2,5 millions de dollars ont été affectés à la conception et au lancement de ce programme. Ce dernier aide à couvrir les frais de la plupart des médicaments et des fournitures pour diabétiques et est offert aux Néo-Écossais âgés de moins de 65 ans qui n'ont aucun régime d'assurance-médicaments. Des renseignements généraux sur ce programme se trouvent à l'adresse suivante :

  http://www.gov.ns.ca/health/pharmacare/dap/default.htm.

- **Services de santé d'urgence** – Services préhospitaliers d'urgence – Emergency Health Services Nova Scotia (EHS) assure l'élaboration continue, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation de services préhospitaliers d'urgence en Nouvelle-Écosse. L'organisme regroupe dans un même système divers services destinés aux Néo-Écossais, à savoir : le transport ambulancier terrestre, le

transport ambulancier aérien (EHS LifeFlight), un centre de communication (EHS Communications Centre), des services de surveillance médicale (gestion et direction), un programme de traumatologie (EHS NS Trauma Program), un centre de formation et de simulation (EHS Atlantic Health Training and Simulation Centre) et un programme de premiers intervenants (EHS Medical First Response). EHS s'est classé dans le décile supérieur des systèmes d'urgence santé en Amérique du Nord. Des frais modérateurs de 120 dollars sont imposés aux habitants de la province pour le transport ambulancier vers l'hôpital (peu importe la distance parcourue). Le transport d'un hôpital à l'autre est gratuit.

- **Programme de santé bucco-dentaire des enfants (COHP)** – Il s'agit d'un programme à deux volets. Le volet traitement couvre les services diagnostiques, les services de prévention et les services d'odontologie conservatrice. Le volet santé publique offre des activités axées sur la prévention dans le cadre d'initiatives de santé publique. Les enfants sont admissibles aux services jusqu'au dernier jour du mois où ils ont atteint l'âge de dix ans. Tous les enfants admissibles ont droit à un examen et à deux radiographies dentaires par année.
- **Régimes spéciaux de soins dentaires** – Le régime couvre tous les soins dentaires requis, dont les soins prothétiques et orthodontiques, chez les enfants présentant une fente palatine (anomalie craniofaciale); les services dentaires aux personnes ayant une déficience intellectuelle sévère qui doivent être fournis en milieu hospitalier en raison de l'état de ces personnes et la gamme des interventions prophylactiques et d'odontologie conservatrice pratiquées sur les pensionnaires de la School for the Blind de la Nouvelle-Écosse. Il n'y a pas de frais imposés pour ces services, et les habitants admissibles sont les suivants : les patients inscrits à la clinique des fentes palatines (anomalies craniofaciales); les élèves inscrits à la School for the Blind; les patients présentant une déficience intellectuelle sévère qui doivent être admis à l'hôpital pour subir un traitement dentaire, sur présentation d'une attestation de la sévérité de la déficience.
- **Programme de santé mentale communautaire** – Toutes les autorités sanitaires de district, ainsi que le Centre de santé IWK, offrent des services de soins psychiatriques aigus axés sur tous les groupes d'âge. Des services spécialisés – psychiatrie légale, troubles de l'alimentation, psychogériatrie et réadaptation psychosociale – sont fournis aux malades hospitalisés ainsi que dans le cadre de services de traitement de jour et de soins de proximité. Les enfants présentant un trouble du spectre autistique ont accès, jusqu'à six ans, à des programmes d'intervention précoce. Pour favoriser le continuum des services de soins de santé mentale, deux districts sanitaires ont constitué des équipes d'intervention intensive en milieu communautaire, tandis qu'existe, à l'échelle de la province, un programme de santé mentale qui offre des services en établissement et des services de réadaptation aux enfants et aux adolescents. Les jeunes délinquants sexuels reçoivent des services de psychiatrie légale, qui relèvent du Centre de santé IWK. Ces services ne comprennent aucuns frais modérateurs et sont disponibles pour tous les résidents de la province.
- **Services liés à la toxicomanie** – Divers types de services de traitement et de réadaptation sont disponibles : programmes de prise en charge du sevrage (désintoxication et orientation vers un traitement), traitement structuré en milieu communautaire, services aux malades externes et services de santé complémentaires. Les traitements sont adaptés aux besoins des patients et comportent des évaluations suivies. Des objectifs de traitements à court et à long terme sont définis avec le client. Les modalités de prestation vont des services en établissement aux consultations externes, en passant par les traitements de jour, et peuvent comprendre des programmes destinés

aux individus, aux groupes ou aux familles. Des programmes destinés expressément aux adolescents, aux femmes, aux familles ou aux personnes coupables de conduite avec facultés affaiblies peuvent être mis sur pied. Programme des conducteurs mis à part, il n'y a pas de frais modérateurs à l'égard de ces services.

- **Services d'optométrie** – Ces services permettent de couvrir l'examen de la vue effectué par un optométriste, un examen qui est défini comme suit : [traduction libre] « un examen qui comprend l'appréciation de la réfraction oculaire, la recherche d'une anomalie du système, ainsi que les tests et prescriptions connexes à ces deux volets de l'examen ». L'assurance couvre un examen périodique de la vue tous les deux ans pour les assurés de moins de 10 ans ou de 65 ans et plus. Pour les autres groupes d'âge, ces examens sont couverts uniquement s'ils sont médicalement indiqués.
- **Services prothétiques** – Tous les assurés de la province sont admissibles à une aide financière pour l'achat ou le remplacement de prothèses de membres de qualité standard prescrites par un médecin qualifié, ou la réparation de ces appareils. Tous les coûts en sus du montant prévu à l'égard des services susmentionnés sont à la charge de l'assuré.
- **Programme de services d'interprètes** – Ce programme garantit aux personnes sourdes et malentendantes admissibles de la Nouvelle-Écosse un accès égal aux services gouvernementaux destinés au public.
- **Programme d'orthophonie** – Les services disponibles dans le cadre de ce programme sont les suivants : les séances de traitement en face-à-face; les séances de traitement en petits groupes; les consultations (dans les écoles, les garderies, les maternelles et les établissements accueillant des personnes ayant des besoins spéciaux, par exemple). Les centres de traitement des troubles de l'audition et du langage de la province fournissent des services spécialisés, dont les programmes des troubles dysphasiques (troubles du langage) – et ceux du retard de développement généralisé, dans certains endroits de la province. Il n'y a pas de frais modérateurs à l'égard de ces services. Les personnes admissibles sont les enfants de tous âges, jusqu'à la fin de la scolarisation, et les adultes tout au long de leur vie. Les conseils scolaires desservent les enfants scolarisés dans le système d'enseignement public.

Personnes inscrites					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	955 475	956 820	961 089	963 993	965 044

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	35	35	35	35	35
b. soins chroniques	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. soins de réadaptation	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
e. total	35	35	35	35	35
3. Paiement des services de santé assurés ($) : [6]					
a. soins actifs	1 021 934 504	1 095 584 706	1 133 215 533	1 230 549 093	1 301 306 116
b. soins chroniques	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. soins de réadaptation	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
e. total	1 021 934 504	1 095 584 706	1 133 215 533	1 230 549 093	1 301 306 116
Établissements privés à but lucratif	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	1	1	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	1	1	1
c. total	1	1	1	1	1
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	11 714	5 531	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	n.d.	n.d.	n.d.
c. total	0	5 531	n.d.	n.d.	n.d.

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	2 300	2 368	2 335	2 252	2 154
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	12 685 659	15 859 930	15 795 451	16 285 032	14 502 141
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	34 425	32 968	34 166	37 811	41 729
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	4 447 816	4 303 236	6 107 316	7 345 702	8 269 002
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	938 092	623 896	678 205	1 495 313	727 586
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	s.o.	s.o.	s.o.	n.d.	n.d.
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	s.o.	s.o.	s.o.	n.d.	n.d.

6. Les sommes sont versées aux établissements de soins actifs et aux ASD seulement.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	875	904	905	948	944
b. spécialistes	1 142	1 198	1 235	1 270	1 333
c. autres	9	14	27	2	5
d. total	2 026	2 116	2 167	2 220	2 282
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	9 023 272	9 199 462	9 290 207	9 599 128	9 569 146
b. nombre de dossiers	398 328 665	434 000 386	464 685 571	540 495 198	581 817 423
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	6 243 934	6 560 930	6 353 382	6 553 774	6 357 622
b. nombre de dossiers	241 362 772	254 670 965	246 724 107	254 621 655	255 007 711

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
19. Nombre de services (#)	187 360	180 897	168 118	198 262	205 237
20. Paiements totaux ($)	5 562 125	5 747 516	5 866 887	6 619 938	7 091 572
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	2 748	2 667	3 111	2 961	2 931
22. Paiements totaux ($)	121 760	120 977	151 175	151 414	153 937

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
23. Nombre de dentistes participants (#)	36	28	25	33	29
24. Nombre de services fournis (#)	5 188	3 780	4 343	5 169	5 321
25. Paiements totaux ($)	939 004	904 283	995 966	1 060 006	1 122 126

Nouveau-Brunswick

Introduction

L'engagement permanent du Nouveau-Brunswick à l'égard des principes d'administration publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité et d'accessibilité des services de soins de santé – les principes sur lesquels repose la *Loi canadienne sur la santé* – a été confirmé au cours de l'exercice financier 2006-2007, lorsque le gouvernement du Nouveau-Brunswick a mis en œuvre le volet santé du *Pacte pour le changement*. Le pacte est une priorité clé du nouveau gouvernement provincial du Nouveau-Brunswick, au pouvoir depuis septembre 2006, et il guidera le ministère de la Santé dans l'établissement des objectifs, des principes, des stratégies et des priorités clés qui guident les investissements et les améliorations en matière de soins de santé.

En 2006-2007, le budget total du Ministère a atteint le montant record de 1,927 milliard de dollars, soit une hausse de 154 millions par rapport à l'exercice précédent. Les investissements ont augmenté dans tous les domaines des soins de santé, y compris les services hospitaliers, le régime d'assurance-santé, le Plan de médicaments sur ordonnance et les services ambulanciers.

Comme le Nouveau-Brunswick est la seule province officiellement bilingue, le Ministère a entrepris des séances de consultation afin de connaître les besoins des collectivités francophones. Les recommandations qui découlent de ce *Dialogue Santé en français* actuellement mises en application. En 2006-07, le gouvernement a lancé sa Stratégie de santé rurale, qui vise à améliorer les services de santé en région rurale. Les initiatives prévues dans le cadre de cette stratégie comprennent le recrutement, la conservation et la formation permanente des fournisseurs de soins de santé en région rurale, et l'accroissement des services de soins primaires en région rurale. Les services médicaux d'urgence seront améliorés avec la création d'un service ambulancier unique pour l'ensemble de la province. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick s'est engagé à la création de dossiers électroniques de santé et procède actuellement à la mise à jour de la législation touchant la confidentialité des renseignements de santé.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Au Nouveau-Brunswick, l'assurance-santé est connue sous le nom de régime de services médicaux. En vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, promulguée le 1er janvier 1971, et de son *Règlement*, le ministre de la Santé est l'unique autorité publique responsable de la gestion et du fonctionnement du régime.

La *Loi* et son *Règlement* précisent les critères d'admissibilité, les droits des prestataires et les responsabilités de l'autorité provinciale, lesquelles comprennent l'établissement d'un régime de services de santé et la définition des services assurés et non assurés. La *Loi* régit également les types d'accords que l'autorité provinciale peut conclure avec d'autres provinces ou territoires et avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick, de même que les droits des médecins, le mode de détermination des montants à payer pour des services autorisés, le mode d'évaluation des comptes pour des services autorisés ainsi que les questions relatives à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels, dans la mesure où elles sont associées à l'exécution de la *Loi*.

1.2 Liens hiérarchiques

Les directions de l'assurance-santé (Services et Opérations) du ministère de la Santé sont chargées de la gestion du régime. Le ministre s'acquitte de son obligation de rendre compte à l'Assemblée législative, soit au moyen du rapport annuel du Ministère, soit dans le cadre des processus législatifs habituels.

La *Loi sur les régies régionales de la santé*, qui est entrée en vigueur le 1er avril 2002, établit les rapports entre les huit régies régionales de la santé (RRS) et le ministère de la Santé. Aux termes de la *Loi*, les RRS doivent préparer des plans de santé et des plans d'affaires régionaux qui concordent avec le plan de santé provincial élaboré par le ministère de la Santé. Les activités et les affaires des RRS doivent être contrôlées et gérées par un conseil d'administration dont les membres sont nommés ou élus conformément à la *Loi* et à son *Règlement*. Le directeur général de chacune des RRS relève du sous-ministre de la Santé. En vertu des paragraphes 7(1) et 7(2) de la *Loi*, le ministre de la Santé doit établir un cadre de responsabilité, rédigé en consultation avec les RRS, pour préciser les responsabilités que chaque partie a à l'égard de l'autre dans le système de santé provincial.

1.3 Vérification des comptes

Trois groupes ont pour mandat de procéder à des vérifications du régime de services médicaux.

1) Le Bureau du vérificateur général : En vertu de la *Loi sur le vérificateur général*, le Bureau du vérificateur général procède à la vérification externe des comptes de la province du Nouveau-Brunswick, laquelle englobe les dossiers financiers du ministère de la Santé. Pour l'exercice 2006-2007, toutes les transactions financières du Ministère ont été assujetties à la vérification. Cette procédure est effectuée de façon systématique chaque année. À la suite de la vérification, le vérificateur général publie une lettre de recommandations ou un rapport pour signaler les erreurs relevées et les faiblesses du contrôle. Le vérificateur général effectue aussi des examens de la gestion relativement aux programmes, comme il le juge opportun, et assure le suivi des vérifications effectuées au cours des années antérieures.
2) Le Bureau du contrôleur général : Le contrôleur est le vérificateur interne en chef de la province du Nouveau-Brunswick. Il est chargé de fournir des services de comptabilité, de vérification et de consultation conformément aux responsabilités et aux pouvoirs prévus dans la *Loi sur l'administration financière*. Les objectifs de vérification interne du contrôleur couvrent les aspects suivants : vérification des affectations de crédit, vérification des systèmes d'information, vérification de l'optimisation des ressources et vérifications légales. Le travail de vérification accompli par le Bureau du contrôleur varie selon la nature de l'entité vérifiée et les objectifs de vérification. Au cours de 2006-2007, le Bureau du contrôleur général a continué à recueillir des données sur l'évaluation des risques concernant les programmes offerts par le ministère de la Santé et a en outre entrepris l'examen des services communs au ministère de la Santé et dans d'autres ministères choisis.
3) Direction de la vérification interne du ministère de la Santé : La Direction de la vérification interne du Ministère a pour mandat d'examiner et d'évaluer de façon indépendante les activités du Ministère à tous les niveaux de la gestion. Ce groupe est chargé de fournir à la direction ministérielle de l'information sur la pertinence et l'efficacité du système de contrôle interne et sur sa conformité à la loi et aux politiques établies. Elle procède également à des vérifications des programmes et produit des rapports sur l'efficience, l'efficacité et l'économie de ces derniers en regard de l'atteinte des objectifs du Ministère.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les autorités législatives qui régissent les services hospitaliers assurés sont la *Loi sur les services hospitaliers* (1973) et l'article 9 de son *Règlement* 84-167, et la *Loi hospitalière* (qui a reçu la sanction royale le 20 mai 1992) et son *Règlement* 92-84.

La *Loi sur les régies régionales* de la santé établit huit régies régionales de la santé (RRS). Chacune d'elles comprend un établissement hospitalier régional et un certain nombre d'établissements de moindre envergure qui offrent tous des services assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes. Chaque RRS regroupe d'autres établissements, établissements de santéé ou centres de santé sans lits désignés qui offrent un éventail de services aux personnes admissibles.

En vertu du *Règlement* 84-167 de la *Loi sur les services hospitaliers*, les résidents du Nouveau-Brunswick sont admissibles, en tant que malades hospitalisés ou malades externes, aux services hospitaliers assurés suivants.

Les services internes dans un établissement hospitalier exploité par une RRS agréée, notamment :

- le logement et les repas conformes à ceux d'une salle ordinaire;
- les soins infirmiers nécessaires;
- les actes de diagnostic, et notamment les services de laboratoire et de radiologie, de même que les interprétations nécessaires, en vue de préserver la santé, prévenir la maladie et faciliter le diagnostic et le traitement de toute blessure, maladie ou incapacité;
- les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes ainsi qu'il est prévu à l'annexe 2;
- l'utilisation de la salle d'opération, de la salle d'accouchement et des installations anesthésiques, y compris le matériel et les fournitures nécessaires et les fournitures chirurgicales courantes;
- l'utilisation des installations de radiothérapie, s'il y en a;
- l'utilisation des installations de physiothérapie, s'il y en a;
- les services rendus par des personnes rémunérées par la régie régionale de la santé à cet égard.

Les services externes dans un établissement hospitalier exploité par une régie régionale de la santé agréée, notamment :

- les actes de diagnostic et notamment les services de laboratoire de même que les interprétations nécessaires, lorsque les personnes assurées sont référées par un médecin ou une infirmière praticienne et que les installations agréées sont disponibles;
- les actes de diagnostic et notamment les services de laboratoire de même que les interprétations nécessaires, lorsque les installations agréées sont disponibles, s'ils sont effectués aux fins d'un service de dépistage mammographique approuvé par le ministre de la Santé;
- les services externes offerts par l'hôpital lorsqu'ils sont prescrits par un médecin ou une infirmière praticienne et rendus dans la clinique externe d'une régie régionale de la santé agréée en vue de préserver la santé, de prévenir la maladie et de faciliter le diagnostic et le traitement de toute blessure, maladie ou incapacité, à l'exception des services suivants :
  - les médicaments brevetés;
  - les médicaments que le malade apporte à la maison;
  - les services de diagnostic rendus au profit de tierces parties telles qu'employeurs et compagnies d'assurances;
  - visites ayant pour seul objet l'administration de médicaments, de sérum ou de substances biologiques;
  - tout service externe assuré au titre de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

En 2006-2007, le Ministère a ajouté à la liste des services assurés les services de tomographie par émission de positons et tomographie par ordinateur destinés aux patients en oncologie qui répondent à des critères prédéfinis.

Pour que le Ministère puisse ajouter un service hospitalier à la liste des services assurés, il doit recevoir une proposition à cet effet d'une régie régionale de la santé ou d'un autre partenaire. Il étudie ensuite cette proposition à la lumière des critères définis dans la *Loi sur les services hospitaliers* et le *Règlement* connexe.

2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante qui prévoit la prestation de services médicaux assurés est la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

La *Loi* a reçu la sanction royale le 6 décembre 1968. Le *Règlement* 84-20 a été déposé le 13 février 1984 et le *Règlement* 93-143, le 26 juillet 1993. Le *Règlement* 96-113 a été déposé le 29 novembre 1996 et a depuis été aboli et remplacé par le *Règlement* 2002-53, déposé le 28 juin 2005. L'annexe 4 du *Règlement* 84-20 (se rapportant aux services de chirurgie dentaire) a été déposée le 13 avril 1999.

Aucun changement concernant les services médicaux n'a été apporté à la *Loi* ou au *Règlement* au cours de l'exercice 2006-2007.

Le régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick couvre les médecins qui fournissent des services médicalement nécessaires. Les conditions qu'un médecin doit remplir pour participer au régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick sont les suivantes :

- détenir un permis d'exercice en règle délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick;
- être membre de la Société médicale du Nouveau-Brunswick;
- détenir des privilèges dans une régie régionale de la santé;
- être signataire de l'entente des médecins participants.

En date du 31 mars 2007, 1 411 médecins adhéraient au régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick.

Les médecins du Nouveau-Brunswick ont la possibilité de se retirer du régime pour l'ensemble des services ou pour certains d'entre eux. Les médecins qui ont opté pour le retrait total ne sont pas payés directement par le régime d'assurance-santé pour les services qu'ils donnent et ils doivent facturer directement leurs patients dans tous les cas. Les patients ne sont pas admissibles à un remboursement des services rendus par des médecins qui ont opté pour le retrait total du régime d'assurance-santé.

Les médecins ne peuvent pas se prévaloir de la disposition relative au retrait en partie dans le cas d'une urgence ou pour la continuation de soins entrepris en vertu du régime. Si un médecin participant désire se retirer du régime pour un service particulier, il doit obtenir au préalable le consentement du patient à traiter sans couverture, après quoi il peut facturer directement le patient pour les services rendus. Dans ces cas, le médecin doit toujours suivre la procédure expliquée ci-dessous. Il doit aviser le patient à l'avance et respecter les dispositions suivantes :

- Les frais ne doivent pas excéder le tarif de l'assurance-santé; Le médecin doit remplir les formulaires de réclamation de l'assurance-santé prescrits et indiquer le montant total exact exigé du patient; Le bénéficiaire demande par la suite un remboursement en certifiant, sur le formulaire de réclamation, qu'il a bien reçu les services et en envoyant le formulaire aux bureaux de l'assurance-santé.

- Si les frais excèdent le tarif de l'assurance-santé, le médecin doit fournir les renseignements suivants au patient avant de donner les services :
  - il se retire du régime et les frais excèdent le tarif;
  - en acceptant de recevoir les services dans ces conditions, le bénéficiaire renonce à tous ses droits d'obtenir un remboursement de l'assurance-santé;
  - le patient a le droit de se procurer ces services auprès d'un autre médecin qui participe au régime.

Le médecin doit obtenir une renonciation signée du patient sur le formulaire spécifié et envoyer celui-ci aux bureaux de l'assurance-santé.

En date du 31 mars 2007, aucun médecin offrant des services de santé n'avait choisi de se retirer complètement du régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick.

L'éventail des services autorisés par l'assurance-santé comprend l'aspect médical de tous les services médicalement requis offerts par les médecins. Il comprend également certaines interventions de chirurgie dentaire lorsqu'elles sont pratiquées par un médecin ou par un chirurgien-dentiste dans un hôpital. L'éventail des services non autorisés est décrit dans l'annexe 2 du *Règlement* 84-20 de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

Toute personne, tout médecin ou le ministère de la Santé peut demander l'ajout d'un nouveau service. Toutes les demandes sont étudiées par le comité chargé de l'ajout de nouveaux services, lequel est géré conjointement par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé. La décision d'ajouter un service se fonde habituellement sur la notion de « nécessité médicale » et sur le fait que le service est considéré comme une pratique généralement acceptable (non expérimentale) au Nouveau-Brunswick et au Canada. La notion de « nécessité médicale » s'applique aux services médicalement nécessaires pour maintenir la santé, prévenir les maladies et diagnostiquer ou traiter une blessure, une maladie ou une incapacité. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

Les services médicaux suivants ont été ajoutés au cours de l'exercice 2006-2007 :

- Réparation ou fermeture de la paroi abdominale
- Stimulation du nerf sacré
- Chimiothérapie pédiatrique
- Évaluation des abus chez les enfants
- Coloscopie pédiatrique
- Bandelettes sous-urétrales synthétiques – TVT, SPARC
- Imagerie ultrasonore pelvienne
- Traitement UV bande étroite
- Tomographie rétinienne de Heidelberg
- Chirurgie micrographique de Mohs
- Endoscopie par capsule
- Tomographie par émission de positons et tomographie par ordinateur
- Achèvement de l'outil pour établir les priorités chirurgicales

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

L'annexe 4 du *Règlement* 84-20 (déposée le 23 juin 1998) de la *Loi sur le paiement des services médicaux* précise les services de chirurgie dentaire qui peuvent être fournis par un médecin qualifié dans un hôpital si l'état du patient exige que ces services soient donnés dans un hôpital. De plus, un dentiste peut être rémunéré pour assister un autre dentiste dans la prestation de services médicalement nécessaires sous certaines conditions.

Pour participer au régime de services médicaux, les dentistes doivent être inscrits à la Société dentaire du Nouveau-Brunswick et remplir l'entente des médecins participants (incluse dans le formulaire d'inscription au régime d'assurance-santé du Nouveau-Brunswick – services dentaires).

En date du 31 mars 2007, 85 dentistes étaient inscrits au régime d'assurance-santé du Nouveau-Brunswick.

Les dentistes peuvent se prévaloir de la même disposition de retrait du régime que les médecins (voir la section 2.2) et ils doivent suivre les mêmes lignes directrices. Le ministère de la Santé ne possède pas de données sur le nombre de dentistes non participants au Nouveau-Brunswick.

La province a élargi le rôle des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale au Nouveau-Brunswick en modifiant la *Loi sur le paiement des services médicaux* et son *Règlement*, afin de prévoir le paiement des services assurés lorsque ces spécialistes admettent des patients en établissement et donnent à ceux-ci leur congé médical et effectuent des examens physiques. L'éventail de services et de procédures a été élargi et inclut ceux qui sont offerts aux malades non hospitalisés.

Pour pouvoir participer au régime de services médicaux, les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale doivent être inscrits à la Société dentaire du Nouveau-Brunswick et remplir l'entente des médecins participants (incluse dans le formulaire d'inscription au régime d'assurance-santé du Nouveau-Brunswick – services dentaires).

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services non assurés comprennent : les médicaments brevetés; les médicaments que le malade emporte à la maison;les services de diagnostic donnés au profit d'un tiers;les visites pour l'administration de médicaments, de vaccins, de sérums ou de produits biologiques; le téléviseur ou le téléphone; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; et les services hospitaliers directement associés aux services énumérés à l'annexe 2 du *Règlement* de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

Les services offerts aux personnes admissibles à d'autres régimes d'assurance fédéraux, provinciaux ou territoriaux ne sont pas couverts.

Les services énumérés à l'annexe 2 du *Règlement* 84-20 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* sont expressément exclus de la gamme des services médicaux autorisés par le régime d'assurance-santé. Ce sont :

- la chirurgie plastique facultative ou autres services à des fins esthétiques;
- la correction d'un mamelon inverti;
- l'augmentation mammaire;
- l'otoplastie pour les personnes de plus de 18 ans;
- l'ablation de petites lésions de la peau, sauf si elles sont précancéreuses ou qu'on soupçonne qu'elles le soient;
- l'avortement, sauf lorsqu'il est effectué par un spécialiste en obstétrique et en gynécologie dans un établissement hospitalier approuvé par l'administration où est situé l'établissement hospitalier, et que deux médecins ont certifié par écrit que l'avortement était médicalement nécessaire;
- l'assistance chirurgicale pour les opérations de la cataracte, sauf si l'assistance est requise en raison des risques d'échec opératoire, à l'exception des risques inhérents à l'enlèvement même de la cataracte, en raison d'une maladie ou d'une autre complication;
- les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les dispositifs prothétiques;
- les vaccins, sérums, médicaments et préparations biologiques énumérés aux articles 106 et 108 du *Règlement du Nouveau-Brunswick* 88-200 établi en vertu de la *Loi sur la santé*;
- les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par téléphone qui ne sont pas expressément prévus dans le Cahier des tarifs;

- l'examen de dossiers ou certificats médicaux à la demande d'une tierce partie ou autres services prescrits par les règlements administratifs régissant l'hôpital ou le personnel médical;
- les services dentaires fournis par un médecin;
- les services qui sont généralement considérés au Nouveau-Brunswick comme étant expérimentaux ou qui sont fournis à titre de recherche appliquée;
- les services qui sont fournis conjointement avec ceux qui sont visés à l'alinéa ou relativement à ceux-ci;
- le témoignage devant une cour ou tout autre tribunal;
- les immunisations, examens ou certificats pour les fins d'un voyage, d'emploi, d'émigration, d'assurance ou faits à la demande d'une tierce personne;
- les services dispensés par des médecins ou des spécialistes de la chirurgie buccale et maxillo-faciale aux membres de leur famille immédiate;
- la psychanalyse;
- l'électrocardiographie (E.C.G.) lorsqu'elle n'est pas effectuée par un spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie;
- les actes de laboratoire non compris dans le tarif d'un examen ou d'une consultation;
- la détermination des erreurs de réfraction;
- des services offerts dans la province par des médecins ou des dentistes et dont les droits excèdent le montant payable en vertu du présent Règlement;
- l'ajustage et la fourniture de lunettes ou lentilles de contact;
- la chirurgie transsexuelle;
- les services de radiologie dispensés dans la province par une clinique privée de radiologie;
- l'acupuncture;
- un examen médical complet effectué dans le cadre d'un examen périodique et non par nécessité médicale;
- la circoncision des nouveau-nés;
- l'inversion de vasectomies;
- une deuxième injection ou toute injection subséquente pour impuissance;
- l'inversion d'une ligature des trompes;
- l'insémination intra-utérine;
- chirurgie bariatrique, sauf si le patient (i) a un indice de masse corporelle de 40 ou plus; (ii) souffre de conditions comorbides liées à l'obésité; (iii) a entrepris sans succès, sous la supervision d'un praticien qualifié, une diète et un programme d'exercice dans le but de perdre du poids;
- la ponction veineuse lorsqu'elle est effectuée aux fins d'un prélèvement sanguin et en tant que procédure unique dans un endroit autre qu'un établissement hospitalier agréé.

Tous les services dentaires qui ne sont pas expressément énumérés dans l'annexe 4 sur les soins dentaires ne sont pas couverts par le régime. Les services médicaux énumérés à l'annexe 2 sont considérés comme les seuls services médicaux non assurés.

Il n'existe pas de politiques ni de lignes directrices spécifiques, autres que la *Loi* et son *Règlement*, pour garantir que les frais perçus pour des produits ou des services médicaux non assurés (c.-à-d. des produits ou des services améliorés tels que des lentilles intraoculaires, des plâtres en fibre de verre, etc.) fournis en combinaison avec un service de santé assuré ne compromettent pas l'accès raisonnable aux services assurés. Les lentilles intraoculaires sont maintenant fournies par les hôpitaux.

La décision de retirer un service médical ou de chirurgie dentaire de la liste des services assurés est fondée sur la correspondance du service à la définition de « nécessité médicale », sur l'examen des régimes de services de santé en place au pays et sur l'utilisation antérieure de ce service particulier. La *Loi sur le paiement des services médicaux* stipule que, une fois le retrait du service décidé, le gouvernement ne peut apporter aucune modification au *Règlement*

avant d'avoir reçu l'avis et les recommandations de la Société médicale du Nouveau-Brunswick ou avant que le délai imparti à cette dernière, par le ministre de la Santé, pour fournir son avis et ses recommandations ne soit expiré. À la suite de la réception de l'avis et de la résolution de toutes les questions soulevées, une modification réglementaire est effectuée. Les médecins en sont informés par écrit à la suite de l'émission de l'avis d'approbation. Le public est habituellement informé grâce à un communiqué de presse. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

Aucun service médical ou de chirurgie dentaire n'a été supprimé de la liste des services assurés au cours de l'exercice 2006-2007.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La *Loi sur le paiement des services médicaux* et son *Règlement* 84-20, articles 3 et 4, définissent l'admissibilité à l'assurance-santé au Nouveau-Brunswick.

Les résidents doivent remplir une demande d'inscription à l'assurance-santé et fournir la preuve de leur citoyenneté canadienne, de leur statut d'Autochtone, ou encore un document d'immigration canadien valide. Un résident est défini comme une personne légalement autorisée à être ou à demeurer au Canada, qui élit domicile et est habituellement présente au Nouveau-Brunswick, ce qui exclut les touristes, les personnes de passage et les visiteurs de la province.

Toute personne qui entre ou qui revient au Nouveau-Brunswick (exception faite des enfants adoptés à l'extérieur du Canada) se voit imposer une période d'attente avant de devenir admissible au régime d'assurance-santé. La protection débute le premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée.

Les résidents qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance-santé sont les suivants :

- les membres réguliers des Forces canadiennes;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC);
- les détenus des pénitenciers fédéraux;
- les personnes déménageant temporairement au Nouveau-Brunswick;
- un membre d'une famille qui déménage d'une autre province au Nouveau-Brunswick avant les autres membres de sa famille;
- les personnes en provenance d'une autre province qui sont entrées au Nouveau-Brunswick dans le but de poursuivre leur formation et qui sont admissibles à la couverture du régime de services médicaux de leur province d'origine;
- les non-Canadiens titulaires de certains types de permis d'autorisation canadiens (p. ex. un permis d'études).

Disposition prévue pour l'admissibilité au régime d'assurance-santé :

- Les non-Canadiens qui détiennent un permis d'immigration qui, normalement, ne les autoriserait pas à bénéficier de la couverture, sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un résident du Nouveau-Brunswick admissible ou s'ils en sont le conjoint de fait.

Disposition prévue lorsqu'il y a un changement de statut :

- Les membres des Forces canadiennes, de la GRC ou les détenus sous responsabilité fédérale sont admissibles au régime à compter de la date de leur libération ou de leur élargissement, ils résidaient au Nouveau-Brunswick à cette date. Ils doivent remplir une demande et indiquer la date officielle de la libération ou de l'élargissement ainsi qu'une preuve de citoyenneté.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Un prestataire qui souhaite devenir admissible au régime doit s'inscrire et inscrire toutes les personnes à sa charge âgées de moins de 19 ans en remplissant un formulaire fourni par les bureaux de l'assurance-santé à cette fin, ou encore il doit être inscrit par une personne agissant en son nom.

Une fois la demande approuvée, le prestataire et les personnes à sa charge sont inscrits, et une carte d'assurance-santé munie d'une date d'expiration est délivrée pour chacun d'entre eux.

Un avis d'expiration comportant toute l'information familiale enregistrée à cette date dans les dossiers d'assurance-santé est envoyé au prestataire deux ou trois mois avant la date d'expiration de la carte ou des cartes d'assurance-santé. Un prestataire qui souhaite demeurer admissible au régime doit confirmer l'information qui figure sur l'avis d'expiration, apporter tous les changements pertinents, et renvoyer le formulaire aux bureaux de l'assurance-santé. Le dossier est mis à jour à la réception du formulaire rempli, et une nouvelle carte est délivrée, accompagnée d'une nouvelle date d'expiration.

À l'heure actuelle, au Nouveau-Brunswick, seules les personnes considérées comme admissibles sont inscrites.

Tous les membres de la famille (le prestataire, son conjoint et les personnes à charge de moins de 19 ans) doivent s'inscrire comme une unité familiale. Les résidents qui cohabitent sans être légalement mariés peuvent s'inscrire comme une unité familiale, s'ils en font la demande.

Les résidents peuvent choisir de se retirer du régime. On leur demande alors de signifier leur intention par écrit. Ces renseignements sont ensuite ajoutés à leur dossier, et les prestations prennent fin.

3.3 Autres catégories de personnes

Les non-Canadiens titulaires d'un permis d'immigration qui, normalement, ne les autoriserait pas à bénéficier de la couverture de l'assurance-santé sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un résident admissible du Nouveau-Brunswick ou s'ils sont conjoints de fait d'un tel résident, et s'ils demeurent en possession d'un permis d'immigration valide. Au moment du renouvellement, ils doivent fournir leur document d'immigration mis à jour.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Il y a une période d'attente de trois mois pour devenir admissible au régime d'assurance-santé du Nouveau-Brunswick. La couverture prend effet le premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

La *Loi sur le paiement des services médicaux*, *Règlement 84-20*, paragraphes 3(4) et 3(5), définit la transférabilité de l'assurance-santé pendant un séjour temporaire ailleurs au Canada.

Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui quittent le Nouveau-Brunswick pour poursuivre leur formation dans une autre province bénéficient d'une couverture pour une période de 12 mois renouvelable aux conditions suivantes :

- ils doivent fournir une preuve d'inscription à un établissement d'enseignement;
- ils doivent communiquer avec les bureaux de l'assurance-santé tous les 12 mois pour conserver leur admissibilité;

- ils ne doivent pas établir de résidence à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-santé dans une autre province.

Les résidents qui travaillent temporairement dans une autre province ou un autre territoire bénéficient d'une couverture pouvant aller jusqu'à 12 mois, s'ils respectent les conditions suivantes :

- ils ne doivent pas établir de résidence dans une autre province;
- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-santé dans une autre province;
- ils doivent avoir l'intention de revenir au Nouveau-Brunswick.

Lorsque les résidents s'absentent pour plus de 12 mois, ils doivent demander une couverture dans la province ou le territoire où ils travaillent et ils devraient y être admissibles le premier jour du treizième mois.

Le Nouveau-Brunswick a conclu des accords officiels avec toutes les provinces et les territoires du Canada pour la facturation réciproque des services hospitaliers assurés. Le Nouveau-Brunswick a également conclu des accords réciproques avec toutes les provinces, à l'exception du Québec, pour la prestation des services médicaux assurés. Les services fournis par des médecins du Québec à des résidents du Nouveau-Brunswick sont payés selon le tarif en vigueur au Québec, si les services offerts sont assurés au Nouveau-Brunswick. La majorité des réclamations de cette nature proviennent directement des médecins du Québec. Toute réclamation pour soins de santé payés que soumet le patient est remboursée conformément aux règlements du Nouveau-Brunswick.

En date du 31 mars 2007, 192 566 services médicaux avaient été rendus à des résidents du Nouveau-Brunswick dans d'autres provinces et territoires. Le montant total versé pour ces services s'élève à 11 125 687 $.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'étranger

La *Loi sur le paiement des services médicaux*, *Règlement* 84-20, paragraphes 3(4) et 3(5), définit la transférabilité de l'assurance-santé durant des séjours temporaires à l'étranger.

L'admissibilité des résidents du Nouveau-Brunswick qui s'absentent temporairement de la province est déterminée conformément à la *Loi sur le paiement des services médicaux* et son *Règlement* et à l'Entente interprovinciale en matière d'admissibilité et de transférabilité.

Les résidents qui travaillent temporairement à l'extérieur du pays bénéficient d'une couverture maximale de 12 mois, même si l'on sait à l'avance qu'ils seront absents pour une période plus longue, pourvu qu'ils n'établissent pas de résidence à l'extérieur du Canada.

Toute absence de plus de 182 jours, que ce soit pour des raisons de travail ou de vacances, nécessite une « approbation du directeur ». Cette approbation ne peut être accordée que pour une période n'excédant pas 12 mois et ne sera accordée qu'une seule fois tous les trois ans. La famille des résidents employés temporairement à l'extérieur du pays est toujours couverte par le régime si les résidents demeurent au Nouveau-Brunswick.

Les résidents du Nouveau-Brunswick qui excèdent la période de prolongation de 12 mois doivent déposer une nouvelle demande d'assurance-santé à leur retour au Nouveau-Brunswick et sont assujettis à la période d'attente réglementaire de trois mois. Toutefois, une « période de grâce » de 14 jours peut être accordée aux résidents du Nouveau-Brunswick qui se sont absentés de la province un peu plus de 12 mois. Dans certains cas, elle évite d'avoir à déposer une demande d'assurance à titre de résident de retour et d'attendre les trois mois réglementaires.

Exception applicable aux employés temporaires : Les employés mobiles sont des résidents dont les conditions d'emploi nécessitent qu'ils voyagent à l'extérieur de la province (pilotes, camionneurs, etc.). Il faut respecter certaines conditions pour être désigné employé mobile :

- la demande doit être soumise par écrit;
- il faut fournir de la documentation pour prouver son statut d'employé mobile, comme une lettre d'un employeur confirmant l'obligation de se rendre fréquemment à l'extérieur de la province; dans le cas d'un résident du Nouveau-Brunswick, lettre qui confirme qu'il réside en permanence au Nouveau-Brunswick et précise à quelle fréquence il revient dans la province; photocopie du permis de conduire du Nouveau-Brunswick; si la personne travaille à l'extérieur du Canada, photocopie du document d'immigration qui l'autorise à travailler à l'extérieur du pays;
- la résidence permanente du travailleur doit continuer d'être au Nouveau-Brunswick;
- le travailleur doit revenir au Nouveau-Brunswick pendant les périodes de temps libre.

Le statut d'employé mobile est attribué pour une période maximale de deux ans, après quoi le résident doit soumettre une nouvelle demande et fournir à nouveau la documentation pour confirmer qu'il est toujours employé mobile.

Employés contractuels

Tout résident du Nouveau-Brunswick acceptant un contrat à l'extérieur du pays doit fournir les renseignements et la documentation suivants :

- une lettre de demande du résident du Nouveau-Brunswick portant sa signature, les détails de son absence, y compris le numéro d'assurance-santé, l'adresse au Nouveau-Brunswick, la date de départ, la destination et l'adresse de réexpédition, la raison de l'absence et la date de retour;
- une copie de l'entente contractuelle conclue entre l'employé et l'employeur qui précise la date du début et de la fin de l'emploi.

Le statut d'« employé contractuel » est attribué pour une période maximale de deux ans. Toute demande additionnelle de statut d'employé contractuel doit être transmise au directeur des Services de l'assurance-santé à des fins d'approbation au cas par cas.

Étudiants

Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui quittent le Nouveau-Brunswick pour poursuivre leur formation dans un autre pays bénéficient de la couverture pour une période de douze mois renouvelable aux conditions suivantes :

- ils doivent fournir une preuve d'inscription à un établissement d'enseignement;
- ils doivent communiquer avec les bureaux de l'assurance-santé tous les douze mois pour conserver leur admissibilité;
- ils ne doivent pas établir leur résidence permanente à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-santé ailleurs.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Le régime d'assurance-santé couvre les services à l'étranger qui ne sont pas disponibles au Canada à condition qu'ils aient été approuvés au préalable. Les résidents peuvent choisir de rechercher des services non urgents à l'étranger; toutefois, ceux qui reçoivent de tels services doivent en assumer le coût total.

Les résidents du Nouveau-Brunswick peuvent être admissibles au remboursement de services médicaux non urgents fournis à l'étranger s'ils remplissent les conditions suivantes :

- le service requis, un service équivalent ou un autre service n'est pas disponible au Canada

- il est fourni dans un hôpital figurant dans la liste de l'édition actuelle de l'American Hospital Association Guide to the Health Care Field (guide des hôpitaux des États-Unis, des systèmes de santé, des réseaux, des aliances, des organisations de santé, des agenceset des fournisseurs de soins);
- il est fourni par un médecin en titre;
- il constitue une méthode de traitement acceptée et reconnue par la communauté médicale et doit *être considéré* comme étant scientifiquement *fondé* au Canada.Les interventions et les traitements expérimentaux ne sont pas couverts.

Si les conditions susmentionnées sont remplies, il est obligatoire de demander au préalable une approbation aux bureaux de l'assurance-santé pour bénéficier d'une couverture. Un médecin, un patient ou un membre de sa famille doit demander au préalable une approbation pour recevoir ces services à l'étranger et fournir toute la documentation à l'appui provenant d'un spécialiste ou de spécialistes du Canada.

Les services suivantsferont l'objet d'une exemption dans la politique decouverture à l'étranger :

- l'hémodialyse : les patients doivent obtenir une approbation au préalable, et l'assurance-santé remboursera le résident à un tarif équivalant au tarif interprovincial de 220 $ la séance;
- les tests d'allergi pour la sensibilité aux substances présentesdans l'environnement : tous les tests réalisés à l'extérieur du pays seront remboursés au tax maximal de 50 $ par jour, montant équivalant au coût d'une visite de malade externe.

Une approbation préalable est également nécessaire pour l'aiguillage de patients vers des hôpitaux de soins psychiatriques et des centres de lutte contre la toxicomanie situés à l'extérieur de la province, car ces établissements sont exclus de l'entente interprovinciale de facturation réciproque. Les responsables de l'assurance-santé doivent recevoir une demande d'approbation préalable des services de lutte contre la toxicomanie ou des services de santé mentale du ministère de la Santé.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Puisqu'il n'existe aucun ticket modérateur au Nouveau-Brunswick pour les services de santé assurés, comme il est défini dans la *Loi canadienne sur la santé*, tous les résidents ont un accès égal aux services de santé assurés.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

L'ouverture officielle du nouveau centre de réadaptation Stan Cassidy, un établissement destiné au traitement des patients souffrant d'incapacités neurologiques complexes, a eu lieu à Fredericton en juin 2006. Le nouveau centre, qui a coûté 28 millions de dollars, compte 25 % plus de lits pour patients hospitalisés et presque 30 employés cliniques et autres de plus que l'ancien établissement, qui avait été fondé en 1957.

En 2006-2007, le capital d'investissement consacré aux services hospitaliers comprend ce qui suit :

- une nouvelle unité IRM mobile pour les patients des régies régionales de la santé de Restigouche, d'Acadie-Bathurst et de Miramichi. Ce service permettra d'améliorer la qualité de l'imagerie diagnostique et d'offrir plus de services dans ces régions, notamment en imagerie cardiaque et imagerie mammaire, services qui n'étaient pas disponibles dans ces régions.
- Nouvel investissement totalisant 13 723 millions de dollars en équipement et technologie médicaux prioritaires destiné aux hôpitaux de toute la province afin d'améliorer l'accès à des soins et des services de qualité :
  - Régie régionale de la santé 1 (Beauséjour) – nouveau système de contrôle cardiaque, stérilisateur à plasma à faible température, nouveau laser chirurgical au dioxyde de carbone. Le remplacement de cet équipement permettra de réduire le laps d'attente, de réduire au

minimum les complications chirurgicales et de réduire la durée de l'hospitalisation;

- *Régie régionale de la santé 1 (South-East) – nouveau système d'aspiration chirurgical, stérilisateur à plasma à faible température, système de contrôle IRM;*
- *Régie régionale de la santé 2 – 12 nouvelles machines servant aux anesthésies et à surveiller les patients en chirurgie; un laser à holmium et huit appareils pour hémodialyse;*
- *Régie régionale de la santé 3 – trois nouvelles machines à ultrasons, amélioration d'une unité de radiographie. Cette mise à niveau permettra de réduire les temps d'attente en radiologie;*
- *Régie régionale de la santé 4 – une nouvelle unité générale pour échographie et une deuxième unité pour réduire les temps d'attente pour les examens diagnostiques spécialisés;*
- *Régie régionale de la santé 5 – nouveau système de dictée et transcription et nouveau système de contrôle cardiaque;*
- *Régie régionale de la santé 6 – nouvelle unité de radiographie/fluoroscopie numérique et nouvel appareil à ultrasons. Le nouvel équipement aura un effet positif immédiat sur les temps d'attente pour les examens;*
- *Régie régionale de la santé 7 – nouvelle unité de radiologie mobile sur arceau et nouvelle salle de chirurgie en urologie. La nouvelle unité permettra d'améliorer l'accès à l'imagerie diagnostique pendant les chirurgies en urologie.*

- *Un troisième laboratoire de cathétérisme a été ajouté au centre de cardiologie du Nouveau-Brunswick. Ce laboratoire a permis de réduire les temps d'attente de manière à respecter nos cibles les recommandations nationales.*
- *Ajout d'un scanner PET/CT pour certains patients en oncologie. Ce scanner a permis d'améliorer l'accès aux services aujourd'hui, les patients devaient se rendre à l'extérieur de la province pour subir ces examens.*
- *Ajout de services de chimiothérapie dans les régies régionales de la santé 5 et 6, pour les collectivités du nord-est du Nouveau-Brunswick.*
- *Un examen des procédures chirurgicales a été mené. La mise en place d'un registre provincial des patients en chirurgie était en cours, le tout dans le cadre d'une initiative permanente visant à améliorer l'efficience des chirurgies afin de réduire les temps d'attente.*

Le Nouveau-Brunswick ne dispose d'aucun système pour suivre en temps réel le nombre de postes ou d'employés en soins infirmiers dans les RRS. Les budgets globaux sont alloués par le ministère de la Santé et gérés par les régies régionales, lesquelles embauchent la quantité et le type de personnel infirmier dont elles ont besoin pour répondre aux besoins de leur clientèle. Les données disponibles comprennent le nombre d'infirmières et d'infirmières auxiliaires autorisées inscrites en 2006 en tant qu'employées du Nouveau-Brunswick. Cela comprend les services assurés et les services non assurés : 8 961 infirmières autorisées, 22 infirmières praticiennes et 2 653 infirmières auxiliaires autorisées.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En date du 31 mars 2007, 696 omnipraticiens, 717 spécialistes et 85 dentistes étaient inscrits au régime.

Au cours de l'exercice 2006-2007, le ministère de la Santé a continué ses travaux sur la stratégie de recrutement et de maintien en poste qui a pour but d'attirer de nouveaux médecins de famille et des spécialistes nouvellement autorisés. Cette stratégie, annoncée en 1999-2000, comprenait un fonds d'urgence visant à permettre au Ministre de mieux explorer les possibilités de recrutement, l'affectation de primes d'emplacement de 25 000 $ pour les médecins de famille et de 40 000 $ pour les spécialistes qui acceptent exercer leur profession dans des

régions mal desservies, et l'achat de cinq places supplémentaires à la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, lequel a été entrepris en septembre 2002. La stratégie de recrutement et de maintien en poste prévoit aussi l'accroissement de l'engagement du gouvernement à l'égard des études supérieures des médecins de famille, le maintien à 300 semaines du programme de préceptorat d'été en milieu rural des étudiants en médecine, ainsi que le déploiement d'efforts visant à obtenir pour les médecins la parité salariale relative avec les médecins des autres provinces de l'Atlantique.

De concert avec la faculté de médecine de l'Université Dalhousie et la régie régionale de la santé, le ministère de la Santé a mis sur pied un programme de résidence en médecine à Saint-Jean. Ce nouveau programme s'inscrit dans les efforts du gouvernement pour améliorer les possibilités de formation pour les médecins du Nouveau-Brunswick.

5.4 Rémunération des médecins

Les *Règlements* 84-20, 93-163 et 96-113 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* régissent les paiements aux médecins et aux dentistes.

L'exercice 2006-2007 marquait la deuxième année d'un accord pour les médecins rémunérés à l'acte. Cet accord prévoit une augmentation de 13 % sur une période de trois ans (des augmentations de 4 %, 4,5 % et 4,5 % de 2005-2006 à 2007-2008).

Aucun processus de négociation officiel n'est prévu pour les dentistes au Nouveau-Brunswick.

Au Nouveau-Brunswick, les modes de rémunération des médecins pour la prestation de services de santé assurés sont multiples : rémunération à l'acte, salaire, rémunération à la vacation ou autre mode de rémunération qui peuvent aussi être mixtes.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les autorités législatives qui régissent les paiements aux établissements hospitaliers au Nouveau-Brunswick sont la *Loi hospitalière*, qui régit l'administration des hôpitaux, et la *Loi sur les services hospitaliers*, qui régit leur financement. La *Loi sur les RRS*, qui prévoit la prestation et l'administration des services de santé au sein de régions géographiques bien précises, est entrée en vigueur le 1er avril 2002.

Au cours de l'exercice 2006-2007, aucune modification n'a été apportée au processus de paiement aux hôpitaux.

Le ministère de la Santé utilise deux éléments pour distribuer les fonds disponibles aux huit RRS du Nouveau-Brunswick.

Le principal élément se fonde sur le « niveau de service actuel » (NSA). Il vise cinq grands services de soins aux patients :

- les services curatifs (cardiologie, dialyse, oncologie);
- les services psychiatriques (unités et établissements psychiatriques);
- les programmes spéciaux (p. ex. services aux toxicomanes);
- les services communautaires (programmes extra-muraux, centres de santé);
- les soins généraux aux malades.

S'ajoutent à ces services des services de soutien qui ne touchent pas les soins aux malades (p. ex. administration générale, buanderie, alimentation, alimentation en énergie).

Le processus budgétaire actuel pour s'étendre sur plus d'un exercice et comporte plusieurs étapes. Chaque année, avant le mois de mai de cet, les RRS doivent fournir au Ministère leur dernier meilleur estimation ainsi que leur projection quant aux besoins pour l'exercice suivant. Elles fournissent également leur dernier meilleur estimation quant aux

recettes pour les neuf premiers mois de l'exercice en cours. Ces renseignements, ainsi que les états financiers vérifiés des deux années précédentes, permettent d'évaluer les niveaux de financement prévus pour chaque RRS.

Des modifications sont apportées au budget pendant l'année afin de permettre certains réglages des programmes et services pertinents, de façon récurrente ou non. Le processus de règlement de fin d'exercice permet de faire le rapprochement du budget annuel total approuvé pour chaque RRS avec ses états financiers vérifiés, ainsi que celui des revenus et des dépenses prévus au budget avec les recettes et les dépenses réelles.

Les demandes de financement pour la création d'un nouveau programme sont présentées à la direction qui sera responsable dudit programme. Les représentants du ministère de la Santé évaluent la demande de concert avec le personnel de l'autorité régionale de la santé.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le Nouveau-Brunswick admet invariablement le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux contributions versées dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans les documents publics présentés au cours des processus législatifs ou administratifs. En font notamment partie les documents suivants :

- le document budgétaire présenté par le ministre des Finances le 13 mars 2007 ;
- les comptes publics 2005-2006 présentés par le ministre des Finances le 30 août 2006 ;
- les comptes publics 2006-2007 présentés par le ministre des Finances le 28 septembre 2007 ;
- le budget principal des dépenses présenté par le ministre des Finances le 13 mars 2007.

Le Nouveau-Brunswick ne produit pas de documents de promotion sur ses prestations d'assurance santé ou d'assurance hospitalisation.

7.0 Services complémentaires de santé

7.1 Soins intermédiaires en foyer de soins infirmiers et soins en établissements résidentiels pour adultes

Le Programme de soins de longue durée du Nouveau-Brunswick, un service non assuré, a été transféré au ministère des Services familiaux et communautaires le 1[er] avril 2000. Les soins en foyer de soins infirmiers, qui constituent aussi des services non assurés, sont donnés dans le cadre du Programme des services de foyers de soins du ministère des Services familiaux et communautaires. D'autres services en établissement et d'autres installations sont offerts aux adultes par diverses agences et sont assurés grâce à d'autres sources de financement au sein de la province.

Les foyers de soins sont des organismes privés sans but lucratif, à l'exception d'un seul, qui appartient à la province. Pour y être admis, les clients doivent se soumettre à un processus d'évaluation fondé sur des critères précis touchant leur état de santé.

Les établissements résidentiels pour adultes sont, pour la plupart, des établissements privés sans but lucratif. Le nombre de lits disponibles varie constamment avec l'ouverture et la fermeture des établissements résidentiels par les propriétaires. Les clients y sont admis après avoir subi le même processus d'évaluation que celui qui est prévu pour l'admission aux foyers de soins infirmiers.

Les logements subventionnés sont réservés aux personnes âgées à faible revenu. Les critères d'admission sont exclusivement fondés sur l'âge et sur la situation financière du requérant. Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada offrent des services dans certaines unités.

7.2 Services de soins à domicile

Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick permet de procurer une gamme complète de services de santé à domicile partout dans la province : des soins actifs, des soins palliatifs, des soins de longue durée et des soins de réadaptation sont fournis dans la collectivité (à domicile, dans des foyers de soins ou dans des écoles publiques), de même qu'un programme d'oxygénothérapie à domicile Depuis 1996, le Programme est assuré par les huit RRS du Nouveau-Brunswick, conformément aux politiques et normes provinciales. Parmi les fournisseurs de soins, mentionnons des infirmières et infirmiers, des travailleuses sociales et travailleurs sociaux, des diététistes, des inhalothérapeutes, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes et des pharmaciens. Ces services, même s'ils ne sont pas couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, sont considérés comme des services assurés par le régime de services hospitaliers de la province.

7.3 Services de soins ambulatoires

Les services de soins ambulatoires sont offerts par les huit régies régionales de la santé du Nouveau-Brunswick, conformément aux politiques et normes provinciales. Ces services comprennent les soins donnés dans les salles d'urgence des hôpitaux, les soins de jour et de nuit fournis à l'hôpital et ceux qui sont offerts dans les cliniques pour autant qu'ils le soient dans les hôpitaux, les centres de santé et les centres de santé communautaires. Selon le régime de services hospitaliers, les soins ambulatoires constituent un service assuré.

Personnes inscrites					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	740 843	741 353	741 726	740 759	738 651

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	27	27	27	23	23
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	1
d. autres	20	22	22	26	26
e. total	48	50	50	50	50
3. Paiement des services de santé assurés ($) : [1]					
a. soins actifs	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. soins chroniques	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
c. soins de réadaptation	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
d. autres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
e. total	954 198 600	1 001 055 724	1 118 701 200	1 205 197 000	1 290 887 880
Établissements privés à but lucratif	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) : [1]					
a. installations chirurgicales	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
b. établissements d'imagerie diagnostique	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. total	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) : [1]					
a. installations chirurgicales	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
b. établissements d'imagerie diagnostique	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. total	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
6. Nombre total de demandes malades hospitalisés (#)	4 558	4 785	5 464	5 418	3 740
7. Paiements totaux malades hospitalisés ($)	24 236 513	26 995 076	33 743 005	38 017 578	32 494 834
8. Nombre total de demandes consultations externes (#)	40 823	38 083	34 422	45 907	44 941
9. Paiements totaux consultations externes ($)	5 674 627	5 391 061	5 887 128	9 560 931	10 022 287
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes malades hospitalisés (#)	180	211	191	215	211
11. Paiements totaux malades hospitalisés ($)	420 660	497 715	587 632	374 035	741 599
12. Nombre total de demandes consultations externes (#)	1 001	1 058	1 170	1 453	1 122
13. Paiements totaux consultations externes ($)	244 218	266 167	337 337	321 202	358 594

1. Il n'y a pas d'établissement privé à but lucratif au Nouveau-Brunswick.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	611	647	659	668	694
b. spécialistes	649	681	706	714	717
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	1 260	1 328	1 365	1 382	1 411
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. spécialistes	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
c. autres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
d. total	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. spécialistes	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
c. autres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
d. total	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. paiements totaux ($)	305 027 451	327 618 344	351 888 988	373 500 994	400 481 139
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	5 693 054	5 488 314	5 540 170	5 721 352	5 750 695
b. paiements totaux ($)	215 626 099	216 599 016	229 403 104	240 841 117	245 133 979

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
19. Nombre de services (#)	178 503	200 718	175 516	202 555	192 544
20. Paiements totaux ($)	9 302 399	9 909 950	9 789 130	11 353 739	11 125 487
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	4 978	5 459	5 339	6 707	6 048
22. Paiements totaux ($)	389 584	428 473	409 132	449 689	417 969

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
23. Nombre de dentistes participants (#)	28	23	22	21	25
24. Nombre de services fournis (#)	2 301	1 986	2 422	2 890	2 510
25. Paiements totaux ($)	499 769	486 105	537 679	621 491	505 466

Québec

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance hospitalisation du Québec est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le régime d'assurance maladie du Québec est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec, organisme public établi par le gouvernement provincial et qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux.

1.2 Liens hiérarchiques

La Loi sur l'administration publique (L.R.Q., c. A-6.01) énonce les critères gouvernementaux pour la préparation de rapports sur la planification et la performance des autorités publiques, y compris le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Régie de l'assurance maladie du Québec.

1.3 Vérification des comptes

Les deux régimes (le régime d'assurance hospitalisation du Québec et le régime d'assurance maladie du Québec) sont gérés sans but lucratif, et tous les livres et comptes sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services assurés aux malades hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les soins infirmiers nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; les services de diagnostic; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les médicaments; les prothèses et les orthèses pouvant être intégrées à l'organisme humain; les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des installations de radiothérapie, de radiologie et de physiothérapie; les services fournis par le personnel du centre hospitalier.

Les services de consultation externe comprennent : les services cliniques de soins psychiatriques; les soins en électrochocs, l'insulinothérapie et la thérapie du comportement; les soins d'urgence; les soins en chirurgie mineure (chirurgie d'un jour); la radiothérapie; les services de diagnostic; la physiothérapie; l'ergothérapie; les services d'inhalothérapie, d'audiologie, d'orthophonie et d'orthoptique; d'autres services ou examens exigés par une loi du Québec.

D'autres services sont assurés : les services à des fins de contraception mécanique, hormonale ou chimique; les services de stérilisation chirurgicale, dont la ligature des trompes et la vasectomie; la réanastomose des trompes ou des canaux; l'ablation de dent ou de racine lorsque l'état de santé du bénéficiaire nécessite des services hospitaliers.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux administre gratuitement un programme de transport par ambulance pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.

En plus des services de santé assurés de base, la Régie couvre également, avec des restrictions pour certains habitants du Québec au sens de la Loi sur l'assurance maladie et les prestataires de l'assistance-emploi, les services optométriques, les services dentaires pour les enfants et les prestataires de l'assistance-emploi, et les

prothèses dentaires acryliques pour les prestataires de l'assistance-emploi; les prothèses, les appareils orthopédiques, les aides à la locomotion et à la posture, et les autres équipements qui suppléent à une déficience physique; les prothèses mammaires externes; les prothèses oculaires; les aides auditives, les aides de suppléance à l'audition et les aides visuelles pour les personnes ayant un handicap auditif ou visuel; les appareils fournis aux stomisés permanents.

Par ailleurs, en matière d'assurance médicaments, depuis le 1er janvier 1997, la Régie couvre, outre sa clientèle habituelle (prestataires de l'assistance-emploi et personnes âgées de 65 ans ou plus), les personnes qui autrement n'auraient pas accès à un régime privé d'assurance médicaments. Actuellement, le régime d'assurance médicaments couvre 3,17 millions de personnes assurées.

2.2 Services médicaux assurés

Les services assurés par ce régime comprennent les services médicaux et chirurgicaux rendus par les médecins et qui sont requis au point de vue médical.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services assurés par ce régime comprennent les services de chirurgie buccale rendus dans un centre hospitalier ou un établissement universitaire déterminé par règlement, par les chirurgiens-dentistes et les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non assurés comprennent : la chirurgie plastique; la fécondation in vitro; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision; le téléphone; les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé du patient; les services auxquels le patient a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou d'autres lois fédérales ou provinciales.

Les services suivants ne sont pas considérés comme assurés : tout examen ou service non relié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie; la psychanalyse sous toutes ses formes, à moins que ce type de service ne soit rendu dans un établissement autorisé à cette fin par le ministre de la Santé et des Services sociaux; tout service dispensé à des fins purement esthétiques; toute chirurgie réfractive, sauf dans les cas où il y a eu échec documenté au port de verres correcteurs ou de lentilles cornéennes pour de l'astigmatisme de plus de 3,00 dioptries ou de l'anisométropie de plus de 5,00 dioptries, mesurées au plan cornéen; toute consultation par voie de télécommunication ou par correspondance; tout service rendu par un professionnel à son conjoint ou à ses enfants; tout examen, toute expertise, tout témoignage, tout certificat ou toute autre formalité lorsqu'ils sont requis aux fins de la justice ou par une personne autre que celle qui a reçu un service assuré, sauf dans certains cas; toute visite faite dans le seul but d'obtenir le renouvellement d'une ordonnance; tout examen, tout vaccin, toute immunisation et toute injection lorsque le service est rendu à un groupe ou fourni à certaines fins; tout service rendu par un professionnel sur la base d'une entente ou d'un contrat avec un employeur, une association ou un organisme; tout ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes; toute ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin, à moins qu'un tel service ne soit rendu dans un centre hospitalier dans certains cas; tous les actes d'acupuncture; l'injection de substances sclérosantes et l'examen dispensé à cette occasion; la mammographie utilisée à des fins de dépistage, à moins que ce service ne soit rendu sur ordonnance médicale dans un lieu désigné par le ministre dans l'un ou l'autre des cas, soit à une bénéficiaire âgée de 35 ans ou plus et à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi par cette personne depuis un an; la thermographie, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique et l'usage des radionucléides in vivo chez l'humain, à moins que ces services ne soient rendus dans un centre hospitalier; l'ultrasonographie, à moins que ce service ne soit rendu, soit

dans un centre hospitalier ou encore, à des fins obstétricales, dans un centre local de services communautaires reconnu à cet effet; tout service de radiologie ou d'anesthésie rendu par un médecin, s'il est requis en vue de dispenser un service non assuré, à l'exception d'un service dentaire rendu dans un centre hospitalier, ou dans le cas d'un service de radiologie, s'il est requis par une personne autre qu'un médecin ou un dentiste; tout service de chirurgie transsexuelle, à moins qu'il ne soit rendu sur recommandation d'un médecin spécialiste en psychiatrie et dans un centre hospitalier reconnu à cet effet; tout service qui n'est pas associé à une pathologie et qui est rendu par un médecin à un bénéficiaire ayant entre 18 et 65 ans, à moins que ce bénéficiaire ne détienne un carnet de réclamation, pour un problème de daltonisme ou de réfraction, dans le but d'obtenir ou de renouveler une ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

L'inscription à l'assurance hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité. Toute personne qui réside ou qui séjourne au Québec doit être inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour être admissible au régime d'assurance maladie.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

L'inscription à l'assurance hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité.

3.3 Autres catégories de personnes

Les services reçus par les membres réguliers des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas assurés par le régime. Aucune prime n'est perçue.

Certaines catégories de résidents, notamment les résidents permanents au sens de la Loi sur l'immi-gration et ceux qui s'établissent à nouveau au Canada deviennent admissibles au régime après un délai d'attente pouvant aller jusqu'à trois mois. Les personnes qui reçoivent des prestations d'aide financière de derniers recours deviennent admissibles dès leur inscription. Les membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada qui n'ont pas acquis la qualité d'habitants du Québec et les détenus des pénitenciers fédéraux, deviennent bénéficiaires dès le premier jour de leur élargissement ou de leur libération. Une couverture immédiate est fournie à certains travailleurs saisonniers, aux Canadiens rapatriés, aux ressortissants étrangers qui séjournent au Québec en vertu d'un programme officiel de bourses d'études ou de stages dans le cadre d'un programme officiel du ministère de l'Éducation, ainsi qu'aux réfugiés. Les ressortissants étrangers qui détiennent un permis de travail et qui séjournent au Québec pour y occuper une charge ou un emploi pour une période de plus de six mois deviennent admissibles au régime après un délai d'attente.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province canadienne devient bénéficiaire du régime d'assurance maladie du Québec lorsqu'elle cesse d'avoir droit aux bénéfices de la province d'origine, pour autant qu'elle s'inscrive à la Régie.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Lorsqu'ils séjournent 183 jours ou plus à l'extérieur du Québec dans une province ou un territoire, les étudiants et les stagiaires à temps complet et sans rémunération peuvent conserver leur statut de résident du Québec dans le premier cas pendant au plus quatre années civiles consécutives et dans le deuxième cas, pendant au plus deux années civiles consécutives.

Il en est de même pour les personnes qui séjournent dans une autre province ou un territoire pour y occuper un emploi temporaire ou exécuter un contrat. Leur statut de résident peut être conservé pendant au plus deux années civiles consécutives.

Les personnes qui occupent un emploi ou exécutent un contrat hors du Québec dans une autre province ou un territoire pour le compte d'une société ou d'une corporation ayant son siège social ou une place d'affaires au Québec dont elles relèvent directement ou qui sont à l'emploi du gouvernement fédéral et en service hors du Québec maintiennent également leur statut d'habitant de la province pourvu que leur famille demeure au Québec ou qu'elles y conservent une habitation.

Maintiennent également leur statut d'habitant de la province les personnes qui séjournent à l'extérieur 183 jours ou plus sans excéder 12 mois au cours d'une même année civile, à condition que cette absence n'ait lieu qu'une fois tous les sept ans et pourvu qu'elles en avisent la Régie.

Les coûts des services médicaux reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou un territoire sont remboursés au moindre montant, soit le montant effectivement payé ou celui qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. Cependant, le Québec a négocié une entente permanente avec l'Ontario de façon à ce que les médecins d'Ottawa soient rémunérés selon le barème ontarien lorsqu'ils dispensent des soins en cas d'urgence et lorsque les services spécialisés fournis ne sont pas offerts dans la région de l'Outaouais. Cette entente est entrée en vigueur le 1er novembre 1989. Une entente semblable a été signée en décembre 1991 entre le Centre de santé Témiscaming et North Bay.

Les coûts des services hospitaliers reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou un territoire sont remboursés selon les termes de l'accord interprovincial de facturation réciproque en matière d'assurance hospitalisation, convenu entre les provinces et territoires du Canada. Ces coûts sont remboursés soit au taux établi pour l'hospitalisation en salle et approuvé par la province ou territoire d'accueil, ou au tarif interprovincial approuvé s'il s'agit de services de consultation externe ou d'intervention coûteux. Toutefois, depuis le 1er novembre 1995, lorsqu'un habitant de l'Outaouais est hospitalisé dans un centre hospitalier d'Ottawa pour des soins non urgents ou des services disponibles dans l'Outaouais, le gouvernement du Québec rembourse un montant maximal de 450 $ par jour d'hospitalisation.

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir dans une autre province ou territoire du Canada demeure bénéficiaire jusqu'à concurrence de trois mois après son départ.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (hors du Canada)

Les étudiants, les stagiaires non rémunérés, les fonctionnaires québécois en poste à l'étranger et les employés d'un organisme sans but lucratif oeuvrant dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux doivent communiquer avec la Régie pour déterminer leur admissibilité. Si la Régie leur reconnaît un statut particulier, ils sont remboursés en totalité pour les frais hospitaliers en cas d'urgence ou de maladie subite et à 75 pourcent dans les autres cas.

Les personnes qui occupent un emploi ou exécutent un contrat hors du Canada, pour le compte d'une société ou d'une corporation ayant son siège social

ou une place d'affaires au Québec dont elles relèvent directement, ou qui sont à l'emploi du gouvernement fédéral et en service hors du Québec maintiennent également leur statut d'habitant de la province pourvu que leur famille demeure au Québec ou qu'elles y conservent une habitation.

Depuis le 1er septembre 1996, les services hospitaliers dispensés à l'extérieur du Canada en situation d'urgence ou de maladie subite sont remboursés par la Régie, généralement en dollars canadiens, jusqu'à concurrence de 100 $CA par jour s'il y a eu hospitalisation, y compris dans le cas d'une chirurgie d'un jour, ou de 50 $CA par jour pour les soins dispensés sur une base externe.

Toutefois, les traitements d'hémodialyse sont payés jusqu'à concurrence de 220 $CA par traitement. Dans ces cas, la Régie rembourse les services professionnels associés. Les services doivent être dispensés dans un hôpital ou un centre hospitalier reconnu et agréé par les autorités compétentes. Aucun remboursement n'est effectué pour des maisons de repos, des stations thermales ou d'autres endroits analogues.

Les services assurés rendus par les médecins, les dentistes, les chirurgiens buccodentaires et les optométristes sont remboursés au tarif qui aurait été payé par la Régie à un professionnel de la santé reconnu du Québec, jusqu'à concurrence des frais réellement assumés. Tous les services assurés dans la province sont remboursés au tarif du Québec, habituellement en dollars canadiens, lorsqu'ils sont dispensés à l'étranger.

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir en permanence dans un autre pays cesse, dès le jour de son départ, d'être bénéficiaire.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Les personnes assurées qui doivent recevoir à l'étranger des services médicaux en milieu hospitalier qui ne sont pas offerts au Québec ou au Canada sont remboursés à cent pour cent avec autorisation préalable pour les services médicaux et hospitaliers répondant à certaines conditions. Les responsables du régime n'accordent pas leur consentement si le service médical en question est offert au Québec ou au Canada.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte. Les médecins québécois ne pratiquent pas la surfacturation.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Au 31 mars 2007, le Québec comptait 118 établissements assumant une mission de centre hospitalier pour une clientèle souffrant de maladie aiguë. À la même date, on comptait 21 400 lits de soins physiques et psychiatriques de courte durée au permis de ces établissements. Par ailleurs, dans les établissements hospitaliers du Québec, il y eu entre le 1er avril 2005 et le 31 mars 2006 près de 713 732 admissions pour des séjours de courte durée (incluant les nouveaunés) et 302 448 inscriptions en chirurgie d'un jour. Ces hospitalisations ont représenté 5 111 799 jours d'hospitalisation.

Restructuration du réseau de la santé : en novembre 2003, le Québec annonçait la mise en place des réseaux locaux de services (RLS) couvrant l'ensemble du territoire du Québec. Au coeur de chacun des réseaux locaux se trouve une nouvelle instance locale, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS), résultant de la fusion des établissements publics qui avaient pour mission les services de CLSC, l'hébergement et les soins de longue durée (i.e. les CHSLD) et, dans la plupart des cas, les services hospitaliers de proximité. Les CSSS doivent aussi offrir à la population de leur territoire l'accès aux autres services médicaux, aux

services hospitaliers généraux et spécialisés, de même qu'aux services sociaux. Pour ce faire, ils devront conclure des ententes de services avec d'autres organisations du secteur de la santé. Le maillage des services au sein d'un territoire constitue le réseau local de services. Ainsi, les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux intégrés visent à amener tous les intervenants d'un même territoire à se porter collectivement responsables de la santé et du bien-être de la population de leur territoire.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Soins primaires : en 2003-2004, des Groupes de médecine de famille (GMF) ont été établis et travaillent en étroite collaboration avec les CLSC et les autres ressources du réseau pour offrir des services allant de l'évaluation de l'état de santé à la prise en charge et au suivi, au diagnostic et au traitement des problèmes aigus et chroniques et à la prévention des maladies. Leurs services sont accessibles 24 heures par jour, sept jours par semaine.

En janvier 2007, le Québec comptait 121 Groupes de médecine de famille (GMF) accrédités Leur nombre est passé de 21 à 121 en quatre ans.

De son côté, le Conseil médical du Québec a formé un comité chargé de donner une signification à la notion de ratio médecin/population, puisque les comparaisons interprovinciales suggèrent que le Québec est bien nanti en nombre de médecins.

5.4 Rémunération des médecins

Les médecins sont rémunérés selon les tarifs prévus et négociés. Les médecins désengagés sont rémunérés directement par le patient selon le barème des honoraires après que celui-ci a été payé par la Régie. Les médecins non participants sont rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé.

La rémunération raisonnable pour tous les services de santé assurés dispensés par les professionnels de la santé est établie par la loi. Le ministre peut conclure une entente avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé. Cette entente peut prévoir un taux de rémunération différent pour la fourniture des services médicaux dans un territoire où les effectifs de la santé sont considérés comme insuffisants. Le Ministre peut aussi prévoir un taux de rémunération différent pour les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes durant les premières années d'exercice selon le territoire ou l'activité en cause. Ces dispositions font suite à la consultation menée auprès des organismes représentatifs des groupes professionnels.

La plupart des médecins exercent leur profession en conformité avec le régime provincial, mais le Québec permet deux autres options : celle des professionnels désengagés qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, mais qui acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu par l'entente provinciale, et celle des professionnels non participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, de sorte que ni eux ni leurs patients ne reçoivent de remboursement de la Régie.

En 2006-2007, la Régie a versé un montant évalué à 3 410,4 millions de dollars aux médecins de la province, alors que le montant évalué pour les services médicaux hors de la province s'élevait à 9,5 millions de dollars.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le financement d'un centre hospitalier par le ministre de la Santé et des Services sociaux s'effectue par l'entremise de paiements en rapport avec le coût des services assurés fournis.

Les paiements versés en 2005-2006 aux établissements ayant mission de centre hospitalier pour les services de santé assurés fournis aux habitants du Québec se sont élevés à plus de 7,8 milliards de dollars, et les paiements versés aux centres hospitaliers de l'extérieur se sont élevés à environ 108,2 millions de dollars.

6.0 Services complémentaires de santé

Des soins intermédiaires, des soins aux adultes en établissement et des soins à domicile sont offerts. Les admissions sont coordonnées à l'échelle régionale et sont fondées sur un outil d'évaluation unique. Les CLSC reçoivent les candidats, évaluent leurs besoins en matière de santé et prennent des dispositions en vue de la prestation de services, comme les programmes de centre de jour ou les soins à domicile, ou orientent ces personnes vers les organismes appropriés.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux offre certains services de soins à domicile qui comprennent les services de soins infirmiers et d'aide, les services d'aides familiales et la surveillance médicale.

Les résidences, de même que les unités de soins prolongés des hôpitaux de soins de courte durée, mettent l'accent sur le maintien de l'autonomie et des capacités fonctionnelles de leurs clients en leur fournissant toute une gamme de programmes et de services, y compris des soins de santé.

Ontario

Introduction

L'Ontario a un des systèmes de santé financés par l'État les plus importants et les plus complexes au monde. Ce système est administré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD), et ses dépenses (y compris les dépenses d'immobilisations) ont dépassé 35,3 milliards de dollars en 2006-2007.

Le Ministère offre des services au public grâce notamment aux programmes suivants : assurance-santé, prestations pharmaceutiques, appareils et accessoires fonctionnels, santé mentale dans le contexte judiciaire, logement supervisé, soins de longue durée, soins à domicile, santé communautaire et publique ainsi que promotion de la santé et prévention des maladies. Il réglemente également les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers, administre l'hôpital psychiatrique et les laboratoires médicaux et coordonne les services de soins d'urgence.

Le Ministère a établi 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui planifieront, intégreront et financeront les services de santé dans leur région pour le compte des fournisseurs de soins de santé. Tandis que les RLISS doivent gérer le système local de soins de santé, le Ministère est responsable de l'établissement d'une orientation stratégique générale, de priorités et de mesures des résultats pour le système de santé provincial.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (RAMO) est géré sans but lucratif par le MSSLD. Il a été établi en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, lois refondues de l'Ontario, 1990, ch. H-6, pour offrir une assurance à l'égard des coûts des services assurés fournis dans les hôpitaux et les établissements de santé et par les médecins et les autres professionnels de la santé.

1.2 Liens hiérarchiques

Aux termes de la *Loi sur l'assurance-santé*, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée est responsable de l'administration et de l'application du RAMO, et il est l'autorité publique pour l'Ontario aux fins de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS).

1.3 Vérification des comptes

Le Bureau du vérificateur général de la province effectue une vérification annuelle du MSSLD. Le rapport annuel de 2006 du vérificateur général a été publié le 23 juillet 2007, tandis que son rapport annuel de 2006 sur le RAMO a été publié le 5 décembre 2006.

Les comptes et les transactions du MSSLD sont publiés annuellement dans les Comptes publics de l'Ontario. Les Comptes publics de l'Ontario de 2006-2007 ont été diffusés le 17 août 2007.

1.4 Organisme désigné

Des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont été établis en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* afin d'améliorer la santé des Ontariens par un meilleur accès à des services de santé de haute qualité, des soins de santé coordonnés et la gestion efficace et

efficiente du système de santé au niveau local. Les RLISS sont des organismes d'État sans but lucratif qui planifieront, intégreront et financeront les services de santé locaux dispensés par les hôpitaux, les centres d'accès aux soins communautaires, les foyers de soins de longue durée, les centres de santé communautaire, les organismes de soutien communautaire et les organismes de santé mentale. La *Loi sur l'intégration du système de santé local* reconnaît les obligations du MSSLD aux termes de la *Loi sur les services en français*; cette dernière garantit un accès équitable à des services en français pour les Ontariens d'expression française.

La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* exige que le conseil d'administration de chaque RLISS établisse, par règlement administratif, les comités du conseil que le ministre spécifie par règlement. Le *Règlement 417/06*, entré en vigueur le 16 septembre 2006, spécifie deux comités, avec leurs responsabilités, que le conseil des RLISS doit établir : un comité de vérification et un comité des nominations communautaires.

Depuis le 1er avril 2007, les RLISS assument l'entière responsabilité du financement, de la planification et de l'intégration des services de santé au niveau local.

La *Loi* oblige les RLISS à préparer un rapport annuel à l'intention du ministre, qui doit déposer les rapports à l'Assemblée législative. Les rapports annuels pour 2006-2007 ont été remis au ministre le 29 juin 2007 et déposés à l'Assemblée législative de l'Ontario le 23 août 2007.

Pour l'exercice financier 2007-2008, le MSSLD de l'Ontario conclura une entente de responsabilisation avec chaque RLISS dans laquelle seront spécifiés les buts et les objectifs de rendement des réseaux ainsi que les affectations de chaque prestataire de services de santé. La *Loi* confère aussi aux RLISS le pouvoir de financer les prestataires de services de santé et de conclure des ententes de responsabilisation avec eux.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Loi sur l'assurance-santé* et son *Règlement 552* régissent les services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes en Ontario.

Les services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés comprennent les services médicalement nécessaires suivants : l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des services d'anesthésie; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic; les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes; l'hébergement et les repas en salle commune.

Les services hospitaliers assurés aux malades externes comprennent les services médicalement nécessaires suivants : les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic; l'utilisation des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie, là où elles sont disponibles; l'utilisation des services de conseils diététiques; l'usage des salles d'opération, des installations d'anesthésie, des fournitures chirurgicales, des services infirmiers nécessaires ainsi que la fourniture des médicaments, des produits biologiques et des préparations connexes (sous réserve de certaines exceptions), y compris les vaccins, les médicaments anticancéreux, les produits biologiques et les préparations connexes (sous réserve de certaines exceptions); l'équipement, les fournitures et les médicaments fournis aux patients hémophiles pour usage à la maison; les médicaments suivants pour usage à la maison : la cyclosporine fournie aux patients greffés; la zidovudine, la didanosine, la zalcitabine et la pentamidine fournies aux patients infectés par le VIH; les hormones de croissance humaines biosynthétiques fournies aux patients souffrant de déficience en hormones de croissance endogènes; les médicaments destinés au traitement de la fibrose kystique et de la thalassémie; l'érythropoïétine fournie aux patients souffrant d'anémie à

la phase terminale d'une maladie rénale; l'alglucérase administrée aux patients souffrant de la maladie de Gaucher; la clozapine fournie aux patients souffrant d'une forme de schizophrénie résistante au traitement.

En 2006-2007, il y avait 150 hôpitaux publics (excluant les hôpitaux de santé mentale spécialisés, les hôpitaux privés, les hôpitaux psychiatriques provinciaux, les hôpitaux fédéraux et les établissements de soins de longue durée) dotés en personnel en Ontario, dont 132 hôpitaux de soins actifs, 14 hôpitaux pour malades chroniques et quatre unités de réadaptation générale et spécialisée. Bien qu'ils offrent une combinaison de services, les hôpitaux sont classés par activité principale. Par exemple, beaucoup d'hôpitaux de soins actifs offrent des services de soins pour malades chroniques, tandis qu'un certain nombre d'établissements pour malades chroniques désignés offrent aussi des services de réadaptation.

Lorsque des services médicaux assurés sont fournis dans des établissements agréés autres que les hôpitaux et que leur coût total n'est pas compris dans les honoraires médicaux payés en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, le MSSLD finance les frais d'établissement en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. Les frais d'établissement comprennent le coût des installations, de l'équipement, des fournitures et du personnel utilisés pour offrir un service assuré. En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, il est interdit de facturer les frais d'établissement aux patients.

Seuls les établissements agréés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* peuvent facturer les frais d'établissement au gouvernement provincial. Ces établissements agréés comprennent notamment des établissements de traitement et de chirurgie (où sont pratiqués des avortements, des opérations de la cataracte, des dialyses, des chirurgies esthétiques à visée non cosmétique, etc.) et des établissements de diagnostic (où sont offerts des services de radiographie, d'échographie, de médecine nucléaire, d'études du sommeil et d'exploration fonctionnelle pulmonaire). La création d'un nouvel établissement passe habituellement par un processus de demandes de propositions lancé à la suite d'une évaluation des besoins.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur l'assurance-santé* et son *Règlement d'application* régit les services médicaux assurés.

En vertu du paragraphe 37.1(1) du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, en Ontario, un service dont la prestation est assurée par un médecin constitue un service assuré s'il est médicalement nécessaire, s'il figure dans le barème des prestations pour les services médicaux et s'il est fourni dans les circonstances ou conditions spécifiées dans ce barème. Les médecins assurent la prestation des services médicaux, chirurgicaux et diagnostiques, y compris des services de santé primaires. Les services sont offerts dans une variété de cadres, y compris les cabinets privés, les centres de santé communautaire, les hôpitaux, les établissements psychiatriques, les établissements de santé autonomes autorisés et les foyers de soins de longue durée.

En termes généraux, les services médicaux assurés sont les suivants : le diagnostic et le traitement des incapacités médicales et des états pathologiques; les examens et les tests médicaux; les actes chirurgicaux; les soins de maternité; l'anesthésie; la radiologie et les services de laboratoire offerts dans des établissements approuvés; les vaccinations, les injections et les tests.

Le barème des prestations fait régulièrement l'objet d'un examen et d'une révision afin de tenir compte de la pratique actuelle de la médecine et des nouvelles technologies. Des services peuvent être ajoutés, les services actuels peuvent être révisés et les services désuets peuvent être éliminés par le truchement d'une modification réglementaire. Ce processus prévoit la consultation de l'Association médicale de l'Ontario.

En 2006-2007, les médecins pouvaient, aux termes de l'article 15 de la *Loi sur l'assurance-santé*, présenter directement au bureau du RAMO leurs réclamations à l'égard de tous les services assurés fournis aux assurés, ou un nombre limité d'entre eux pouvaient faire payer la personne assurée (voir également la Partie II de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*). Le terme « désengagés » désigne généralement les médecins qui ne facturent pas directement le RAMO. Un médecin désengagé facture le service au patient (sans dépasser le montant du barème des prestations), qui peut ensuite se faire rembourser par le RAMO. Toutefois, la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*, promulguée le 23 septembre 2004, a restreint à un nombre fixe (sur la base d'une clause de maintien des droits acquis) le nombre de médecins qui pouvaient se retirer du régime.

Pour exercer en Ontario, un médecin doit être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

Environ 23 000 médecins ont soumis des réclamations au RAMO en 2006-2007.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Certains services de chirurgie dentaire sont établis en tant que services assurés à l'article 16 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé* et dans le barème des prestations dentaires. La *Loi sur l'assurance-santé* autorise le RAMO à couvrir un nombre limité de procédures quand le service assuré est médicalement nécessaire, fourni dans un hôpital public coté d'après la *Loi sur les hôpitaux publics* en tant que groupe A, B, C ou D et exécuté par un chirurgien-dentiste qui fait partie du personnel dentaire de l'hôpital public.

En 2006-2007, le nombre de dentistes et de chirurgiens stomatologistes ayant fourni des services assurés s'établissait à environ 315.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services prévus et fournis conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et à son *Règlement* sont assurés.

Les services hospitaliers non assurés incluent les frais supplémentaires des chambres privées ou semi-privées sauf si elles sont prescrites par un médecin, un chirurgien stomatologiste, un spécialiste de la chirurgie buccale et maxillo-faciale ou une sage-femme; le téléphone et la télévision; les frais associés aux services d'une infirmière particulière; la fourniture de médicaments à emporter à la maison, avec certaines exceptions; les visites à un hôpital de la province de malades externes à seule fin de recevoir des médicaments, sous réserve de certaines exceptions.

L'article 24 du *Règlement 552* énumère les services médicaux qui sont expressément désignés comme non assurés.

Les services médicaux non assurés comprennent les services non médicalement nécessaires; les frais d'appels interurbains; la préparation ou la fourniture d'un médicament, d'un antigène, d'un antisérum ou d'une autre substance, à moins que ce soit pour faciliter un acte; les conseils donnés par téléphone à la demande de l'assuré ou d'une personne qui la représente; les entrevues ou les conférences au sujet d'un cas, dans certaines circonstances; l'établissement et la transmission des dossiers à la demande de l'assuré; un service reçu totalement ou en partie en vue d'établir ou de remplir un document ou de communiquer des renseignements à un tiers dans des circonstances spécifiées; l'établissement ou l'achèvement d'un document ou la communication de renseignements à toute personne autre que l'assuré, dans des circonstances spécifiées; la remise d'une ordonnance sans qu'un service assuré concomitant ne soit rendu; les traitements d'acuponcture; les tests psychologiques; les programmes de recherche et d'essai.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

Pour être résident de l'Ontario au titre du Régime d'assurance-maladie et avoir droit à la couverture, il faut :

- être citoyen canadien ou avoir le statut d'immigrant prescrit au *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*;
- établir sa résidence permanente principale en Ontario;
- être physiquement présent en Ontario pendant au moins 153 jours par période de 12 mois;
- dans la plupart des cas, la politique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) stipule que les nouveaux résidents ou les résidents de retour dans la province qui présentent une demande d'inscription au régime doivent être physiquement présents en Ontario pendant 153 des 183 premiers jours suivant la date à laquelle la résidence a été établie en Ontario (autrement dit, une personne ne peut être absente de la province plus de 30 jours au cours de ses six premiers mois de résidence).

Sauf quelques exceptions où une exemption au délai de résidence est prévue, les résidents de l'Ontario, au sens du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, ont droit à la couverture du régime après un délai de résidence de trois mois. Le MSSLD détermine si ce délai s'applique lorsque la personne présente une demande d'inscription au régime. Par exemple, les personnes exemptées du délai de résidence de trois mois sont les nouveau-nés nés en Ontario et les résidents assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent en Ontario et deviennent immédiatement pensionnaires de foyers de bienfaisance pour personnes âgées, de foyers pour personnes âgées ou de maisons de soins infirmiers en Ontario.

En juillet 2006, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a modifié le paragraphe 3(4) du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé* pour soustraire au délai de résidence de trois mois du RAMO les citoyens canadiens et les résidents permanents ou immigrants reçus qui étaient arrivés en Ontario après le 20 juillet 2006 en provenance d'un pays où un effort d'évacuation avait été entrepris ou était facilité par le gouvernement fédéral.

N'est pas admissible à la couverture du régime quiconque ne répond pas à la définition de résident de l'Ontario, y compris quiconque n'a pas le statut d'immigrant conformément au *Règlement 552*, par exemple un touriste, une personne de passage ou une personne en visite dans la province. D'autres catégories de personnes, comme les détenus des pénitenciers fédéraux, le personnel des Forces canadiennes et le personnel gradé de la Gendarmerie royale canadienne, n'ont pas besoin d'être couvertes par le régime de l'Ontario, l'étant déjà par un régime de soins de santé fédéral.

Les personnes non admissibles dont le statut change (p. ex. changement du statut d'immigrant) peuvent le devenir en présentant une demande, sous réserve de satisfaire aux exigences du *Règlement 552*.

Si le MSSLD détermine qu'une personne n'est pas ou n'est plus admissible à la couverture du régime de l'Ontario, une demande de révision de la décision peut être soumise au MSSLD. Toute personne peut faire une telle demande de révision en s'adressant par écrit au directeur général du RAMO.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Tout résident de l'Ontario (ou la personne légalement autorisée à prendre des décisions à sa place) qui désire être couvert par le Régime d'assurance-maladie de la province doit présenter une demande au MSSLD.

Une carte santé est délivrée aux résidents admissibles qui envoient une demande au directeur général du RAMO, conformément aux articles 2 et 3 du *Règlement 552*. Les personnes admissibles doivent

présenter leur demande dès qu'elles établissent leur résidence permanente et principale dans la province. Les inscriptions se font par le biais des bureaux locaux du RAMO. Les demandeurs doivent remplir et signer un formulaire de demande d'inscription au RAMO et fournir au MSSLD les documents attestant de leur statut de citoyens canadiens ou d'immigrants admissibles, de l'établissement de leur résidence en Ontario et de leur identité. Les demandeurs admissibles âgés de plus de 15 ans et demi doivent permettre la saisie de leur photographie et de leur signature, qui seront apposées sur leur carte santé.

Chaque carte santé avec photo affiche une date d'expiration dans le coin inférieur droit. Le MSSLD poste les avis de renouvellement à l'intention des personnes inscrites quelques semaines avant la date de renouvellement de la carte.

Le MSSLD est le seul payeur des services médicaux, hospitaliers et de chirurgie dentaire assurés du RAMO. Un résident de l'Ontario admissible ne peut s'inscrire à un autre régime d'assurance ni obtenir de ce régime des prestations à l'égard de services assurés par le RAMO (sauf au cours de la période d'attente).

En date du 1er avril 2007, environ 12,6 millions de résidents de l'Ontario étaient inscrits au RAMO et avaient une carte santé valide et active.

3.3 Autres catégories de personnes

Le MSSLD fournit la couverture du régime à d'autres résidents de l'Ontario qui ne sont ni citoyens canadiens ni résidents permanents (immigrants reçus). Ces résidents doivent fournir des documents acceptables attestant de leur statut d'immigrant admissible, de l'établissement de leur résidence en Ontario et de leur identité, comme les demandeurs qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents (immigrants reçus).

Les personnes suivantes qui résident habituellement en Ontario peuvent être admissibles à la couverture du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario conformément au *Règlement 552* et à la politique en vigueur du Ministère. Les clients qui présentent une demande de couverture aux termes d'une des catégories ci-après devraient communiquer avec le bureau local du RAMO pour obtenir des précisions.

Demandeurs du statut de résident permanent ou demandeurs du droit d'établissement : Ce sont les personnes qui ont présenté une demande de statut de résident permanent ou d'immigrant à Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) et qui ont satisfait aux exigences médicales de CIC.

Réfugiés au sens de la Convention et personnes protégées : Ce sont les personnes qui sont réputées être des réfugiés au sens de la Convention ou des personnes protégées au sens de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*. Le délai de résidence de trois mois ne s'applique pas à ce groupe de personnes.

Titulaires de permis de résidence temporaire ou de permis ministériels : Citoyenneté et Immigration Canada délivre un permis de résidence temporaire ou un permis ministériel à une personne quand il existe des raisons impérieuses d'accepter la personne au Canada, qui serait autrement inadmissible en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* du gouvernement fédéral. Chaque permis de résidence temporaire ou permis ministériel affiche un type de cas, ou désignation numérique, qui indique les circonstances autorisant l'entrée de l'individu au Canada. Seuls les individus qui détiennent un permis de résidence temporaire ou un permis ministériel correspondant aux types de cas 80 (sauf l'adoption), 81, 84, 85, 90, 91, 92, 93, 94, 95 et 96 ne sont pas admissibles à la couverture du RAMO.

Ecclésiastiques, travailleurs étrangers et membres de leurs familles les accompagnant : Un ecclésiastique étranger admissible est une personne qui est parrainée par une organisation ou une confession religieuse et qui a conclu une entente pour exercer son ministère auprès d'une congrégation religieuse en Ontario pendant au moins six mois consécutifs.

Un travailleur étranger est une personne qui a conclu un contrat de travail avec un employeur canadien situé en Ontario et qui a reçu de Citoyenneté et

Immigration Canada un permis de travail ou une autorisation d'emploi qui fait nommément mention de l'employeur canadien, établit la profession que la personne se propose d'exercer et a été délivré pour une période d'au moins six mois.

Les conjoints, les partenaires de même sexe et les enfants à charge (âgés de moins de 19 ans) d'un ecclésiastique étranger ou d'un travailleur étranger admissible sont également admissibles à la couverture du RAMO si l'ecclésiastique ou le travailleur étranger doit être employé en Ontario pendant au moins trois années consécutives et si le membre de la famille doit résider habituellement en Ontario.

Aides familiaux résidents : Les aides familiaux résidents admissibles sont les personnes qui possèdent un permis de travail ou une autorisation d'emploi valide en vertu du Programme concernant les aides familiaux résidants (PAFR) ou de l'ancien Programme concernant les employés de maison étrangers (PEME) administrés par CIC, et qui résident habituellement en Ontario. Pour les travailleurs du PAFR ou du PEME, il n'est pas obligatoire que le permis de travail ou l'autorisation d'emploi énumère les trois conditions d'emploi particulières requises visant tous les autres travailleurs étrangers.

Travailleurs agricoles migrants : Les travailleurs agricoles migrants sont des personnes qui détiennent un permis de travail ou une autorisation d'emploi en vertu du Programme des travailleurs saisonniers agricoles des Antilles, du Commonwealth et du Mexique administré par Citoyenneté et Immigration Canada. En raison de la nature particulière de leur emploi, les travailleurs agricoles migrants sont exemptés du délai de résidence de trois mois. Ils n'ont pas besoin d'être résidents pendant une période minimale de cinq mois, ni d'avoir une résidence permanente en Ontario, pour être admissibles au RAMO.

3.4 Primes

Le paiement de primes n'est pas une condition à remplir pour obtenir la couverture du RAMO.

La contribution-santé de l'Ontario est prélevée par le système d'impôt sur le revenu provincial et n'est d'aucune façon liée à l'inscription ou à l'admissibilité à l'assurance-maladie. La responsabilité de l'administration de la contribution-santé de l'Ontario incombe au ministre des Finances de l'Ontario.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Conformément au paragraphe 3(3) du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, les personnes qui déménagent en Ontario sont normalement admissibles à la couverture du RAMO trois mois après l'établissement de leur résidence dans la province, à moins que les exceptions prévues au paragraphe 3(4) du *Règlement 552* ne s'appliquent.

Conformément à la politique du MSSLD, les personnes qui déménagent de façon permanente en Ontario en provenance d'une autre province ou d'un territoire du Canada seront normalement admissibles à la couverture du RAMO à compter du premier jour du troisième mois suivant l'établissement de leur résidence.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les services assurés fournis à l'extérieur de la province sont spécifiés aux articles 28, 29 et 32 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*.

L'Ontario respecte les conditions de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité, qui prévoit que les résidents assurés de l'Ontario temporairement absents de la province peuvent utiliser leur carte santé de l'Ontario pour obtenir des services de santé assurés ailleurs au Canada.

Un assuré qui quitte temporairement l'Ontario pour voyager au Canada sans établir sa résidence dans une

autre province ou un territoire continue d'être couvert pendant une période maximale de 12 mois.

Un assuré qui cherche ou accepte un emploi dans une autre province ou un territoire peut continuer d'être couvert par le RAMO pendant une période maximale de 12 mois. Si la personne prévoit rester à l'extérieur de l'Ontario plus de 12 mois, elle doit demander une couverture dans la province ou le territoire où elle cherche ou occupe un emploi.

Les étudiants assurés qui sont temporairement absents de l'Ontario, mais qui demeurent au Canada, peuvent être admissibles à une couverture d'assurance continue pendant la durée de leurs études à temps plein à la condition de ne pas établir leur résidence permanente ailleurs durant cette période. Pour rester admissibles au RAMO, les étudiants doivent fournir au MSSLD de la documentation de leur établissement d'enseignement confirmant qu'ils sont inscrits à temps plein. Les membres de leur famille (conjoint ou conjointe et enfants à charge) qui les accompagnent pendant la durée de leurs études sont également admissibles à une couverture continue.

Conformément à la politique du MSSLD, la plupart des résidents assurés qui désirent voyager, travailler ou étudier en dehors de l'Ontario, mais au Canada, doivent avoir résidé dans la province pendant au moins 153 jours au cours de la période de 12 mois précédant immédiatement leur départ de l'Ontario.

L'Ontario participe aux ententes de facturation réciproque des services hospitaliers aux malades hospitalisés et externes conclues entre toutes les provinces et les territoires. Le paiement est fait au taux d'hospitalisation en vigueur dans la province ou le territoire où le malade a été hospitalisé. Dans le cas des consultations externes, l'Ontario paie les frais standard autorisés par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé.

L'Ontario participe également aux ententes de facturation réciproque des services médicaux assurés conclues entre les provinces et les territoires à l'exception du Québec (qui n'a signé aucune entente de facturation réciproque des services médicaux avec une autre province ou un territoire). Les résidents de l'Ontario qui peuvent être tenus de payer les services médicaux reçus au Québec peuvent présenter leurs reçus au MSSLD pour que ces services leur soient remboursés à titre de services assurés aux taux en vigueur en Ontario.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Les dispositions qui régissent la couverture du Régime d'assurance-maladie durant des absences prolongées à l'étranger de résidents assurés de l'Ontario sont les articles 28.1 à 29 (inclusivement) et l'article 31 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé.*

Aux termes des paragraphes 1.1(3), 1.1(4), 1.1(5) et 1.1(6) du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, le MSSLD peut fournir aux résidents de l'Ontario assurés la couverture continue du RAMO pendant des séjours à l'étranger excédant 212 jours (sept mois) par période de 12 mois.

Le Ministère exige que les résidents demandent cette couverture au MSSLD avant leur départ et qu'ils fournissent des documents expliquant les raisons de leur séjour à l'étranger. Conformément à la réglementation et à la politique du MSSLD, la plupart des demandeurs doivent également avoir été présents en Ontario au moins 153 jours pendant chacune des deux périodes consécutives de 12 mois précédant la date prévue de leur départ.

La période pendant laquelle le MSSLD fournira à une personne la couverture continue du régime de l'Ontario durant une absence prolongée à l'étranger varie en fonction de la raison de l'absence, comme suit :

Raison	Couverture du RAMO
Études	Durée du programme d'études agréé à temps plein (illimité)
Travail	Périodes de cinq ans
Travail de missionnaire	Durée des activités de missionnaire (illimité)
Vacances/autres	Jusqu'à deux ans à vie

Certains membres de la famille peuvent également avoir droit à la couverture du RAMO lorsqu'ils accompagnent le demandeur principal au cours d'un séjour prolongé à l'étranger. Le bureau local du RAMO est l'organisme à contacter pour obtenir de plus amples renseignements.

Les services fournis à l'étranger sont couverts en vertu des articles 28.1 à 28.6 inclusivement et des articles 29 et 31 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Depuis le 1er septembre 1995, les frais des services hospitaliers d'urgence fournis à l'étranger sont remboursés au taux quotidien fixé par l'Ontario, à savoir :

- un maximum de 400 $ canadiens pour les services aux malades hospitalisés;
- un maximum de 50 $ canadiens pour les services aux malades externes (sauf dans le cas de la dialyse);
- le coût réel de chaque traitement de dialyse engagé par le patient.

Au cours de 2006-2007, les services d'urgence médicalement nécessaires rendus à l'étranger par des médecins et d'autres professionnels admissibles ont été remboursés aux taux de l'Ontario prévus dans la réglementation d'application de la *Loi sur l'assurance-santé* ou, au taux facturé, si ce dernier était inférieur. Les frais de services d'urgence médicalement nécessaires ou de services fournis à l'étranger à des malades hospitalisés ou externes sont remboursés seulement lorsqu'ils ont été rendus dans un hôpital agréé ou approuvé ou dans un établissement de santé agréé. Les services de laboratoire médicalement nécessaires fournis à l'étranger dans une situation d'urgence sont remboursés : au taux calculé selon la formule édictée à l'alinéa 29(1)b) du *Règlement* ou au taux correspondant au montant facturé si ce dernier est inférieur, lorsqu'ils sont rendus par un médecin; au taux calculé selon la formule édictée à l'article 31 du *Règlement*, lorsqu'ils sont rendus par un laboratoire.

En 2006-2007, les paiements pour les services hospitaliers et médicaux d'urgence assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés ou externes se sont élevés à 25 millions de dollars.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aux termes de l'article 28.4 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, il est nécessaire d'obtenir une approbation préalable pour le paiement de services de santé non urgents à l'étranger. Le patient peut avoir droit à la couverture complète de services de santé reçus à l'étranger lorsqu'un traitement médicalement accepté n'est pas disponible en Ontario ou que le délai d'obtention du traitement est tel qu'il peut causer des lésions tissulaires irréversibles ou mettre la vie du patient en danger.

En vertu de l'article 28.5 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, les analyses de laboratoire effectuées à l'étranger sont remboursées, après avoir été préalablement approuvées par le MSSLD, dans les conditions suivantes :

- ce genre de service ou de test n'est pas disponible en Ontario;
- le service ou le test est habituellement accepté en Ontario pour une personne se trouvant dans la même situation que l'assuré;
- le service ou le test n'est pas effectué à titre expérimental;
- le service ou le test n'est pas effectué à des fins de recherche.

En 2006-2007, les paiements totaux versés pour des traitements préalablement approuvés reçus à l'étranger s'élevaient à 70,1 millions de dollars.

Il n'y a pas de processus d'approbation préalable officiel dans le cas de services fournis aux résidents de l'Ontario à l'extérieur de la province, sauf au Canada si le service assuré est couvert par le système de facturation réciproque des services hospitaliers. Tous les instruments et médicaments assurés ou approuvés à des fins d'essais cliniques (à titre expérimental) sont aux frais du patient; ils doivent d'abord être approuvés par la province de résidence. Conformément à ce qui est indiqué à la section 4.2, l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité garantit aux résidents de l'Ontario qui s'absentent temporairement dans une autre province pour voyager, travailler ou étudier qu'ils sont toujours admissibles à la couverture du RAMO.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Tous les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont disponibles pour les résidents de l'Ontario selon des modalités uniformes.

Tous les assurés ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés, au sens de la *Loi sur l'assurance-santé*.

L'accessibilité aux soins de santé assurés est protégée en vertu de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*. Cette *Loi* interdit à une personne ou à une entité d'accepter ou de demander d'autres honoraires ou avantages que le montant exigible du RAMO. Elle interdit également aux médecins, aux praticiens et aux hôpitaux de refuser de fournir un service assuré à un assuré qui choisit de ne pas payer un service non assuré. En outre, une personne ou une entité ne peut faire de paiements ni offrir ou recevoir un avantage quelconque en échange d'un accès privilégié à un service assuré.

Le MSSLD fait enquête sur toutes les infractions possibles à la Partie II de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* qui sont portées à son attention. Si le Ministère découvre qu'un patient a effectué un paiement non autorisé, il s'assure que le montant est remboursé au patient en question.

Le MSSLD a mis en œuvre un système de validation des numéros de carte santé pour aider les patients et les fournisseurs de soins sur les plans de l'accès aux services et du paiement des réclamations. Les fournisseurs de soins peuvent demander des privilèges de validation leur permettant de vérifier l'admissibilité d'un patient et le numéro/code de version de sa carte santé. Si un patient sans carte santé en sa possession a besoin de services de santé, le fournisseur de soins peut obtenir les renseignements nécessaires en présentant au MSSLD un formulaire de divulgation de numéro de carte santé signé par le patient. Un processus accéléré d'obtention du numéro de carte santé d'un patient incapable de le fournir et qui a besoin d'un traitement d'urgence est offert dans les salles d'urgence par le truchement d'un service de consultation des numéros de carte santé.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Les hôpitaux publics ontariens n'ont pas le droit de refuser de fournir des services dans des situations où la vie de la personne est en danger sous prétexte que cette dernière n'est pas assurée.

En 2006-2007, il y avait 151 hôpitaux publics en service et dotés en personnel dans la province, dont les unités pour malades chroniques, les unités de soins généraux et les unités de réadaptation spéciale. Le nombre de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux publics s'établissait comme suit : 6 781 528 pour les soins actifs, 1 944 159 pour les soins aux malades chroniques et 770 450 pour les soins de réadaptation.

Au niveau des soins actifs, les services prioritaires sont les services hospitaliers très spécialisés qui permettent d'intervenir lorsqu'un état pathologique

met la vie du patient en danger. Ils sont souvent onéreux, et leur nombre croît rapidement, ce qui rend l'accès préoccupant. De façon générale, ils sont gérés à l'échelle provinciale, pour une période de temps donnée.

Les services prioritaires de soins actifs incluent ce qui suit :

- certains services cardiovasculaires;
- certains services d'oncothérapie;
- services liés aux maladies chroniques du rein;
- services de soins intensifs;
- dons d'organes et de tissus et transplantations d'organes.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Initiatives

- Programme des services aux régions insuffisamment desservies (PSRID) : Le PSRID est une des mesures du MSSLD qui aident les collectivités des diverses régions de la province à avoir accès aux services de soins de santé nécessaires. Il comporte diverses initiatives intégrées de recrutement et de maintien en poste des fournisseurs de soins de santé. Pour avoir droit aux prestations connexes, une région doit avoir été désignée comme étant insuffisamment desservie. En collaboration étroite avec les régions insuffisamment desservies, le PSRID détermine les besoins en matière de ressources humaines en santé. Il fournit des incitatifs financiers et des indemnités de pratique et donne à ces collectivités l'accès à des services de soins primaires dans des zones rurales plus petites qui ne peuvent garder de médecins de famille à temps plein en versant du financement pour faire fonctionner 21 postes de soins infirmiers et en donnant aussi accès à des services médicaux par le financement de services de médecins suppléants et de cliniques itinérantes dans des communautés nordiques faisant face à des pénuries de médecins. L'Ontario compte actuellement 141 collectivités désignées comme étant insuffisamment desservies par les omnipraticiens ou les médecins de famille. De plus, 14 collectivités du nord sont désignées comme étant insuffisamment desservies par les médecins spécialistes.
- Initiative du maintien en poste des médecins dans le Nord : Cette initiative offre aux médecins de famille et aux spécialistes qui exercent dans le Nord de l'Ontario depuis au moins quatre ans un incitatif de maintien en poste et du financement destiné à la formation médicale continue.
- Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales : Ce programme subventionne une partie des frais des patients associés aux longs déplacements nécessaires pour recevoir des services hospitaliers et des services médicaux spécialisés assurés qui ne sont pas disponibles dans la localité; il favorise également le recours aux services de spécialistes disponibles dans le Nord de l'Ontario, ce qui encourage un plus grand nombre de spécialistes à exercer dans cette région et à y rester.
- Soins de santé primaires : En 2006-2007, l'Ontario a continué d'aligner ses modèles de prestation, en place ou nouveaux, afin d'améliorer et d'étendre l'accès aux soins de santé primaires pour tous les Ontariens par des mesures comme : l'accès, après les heures normales de travail, à un service téléphonique de triage, à des renseignements en matière de santé et à des médecins en disponibilité (au besoin) au moyen du Telephone Health Advisory Service (THAS); une meilleure couverture après les heures normales de bureau et des initiatives de soins préventifs qui améliorent la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prise en charge des maladies chroniques. En date du 31 mars 2007, environ 7,4 millions de patients étaient clients de médecins exerçant dans le cadre de modèles de prestation de soins primaires prévoyant de telles mesures. L'entente Rural & Northern Physician Group Agreement (RNPGA) a été mise en œuvre dans 39 communautés

nordiques de l'Ontario depuis avril 2004. En 2007, huit autres communautés nordiques rurales ont été désignées admissibles à l'entente, tandis que 14 communautés du sud sont considérées comme étant admissibles à une version modifiée de l'entente. Certaines ententes négociées sont en place pour s'occuper d'autres populations présentant des besoins particuliers, notamment les sans-abri, les collectivités éloignées des Premières nations, les patients en soins palliatifs et les patientes des centres de maternité. Un autre modèle est en cours d'élaboration; il permettra de reconnaître et de rémunérer les médecins d'après le caractère unique de leur pratique dans des spécialités comme le VIH, l'oncologie et les soins aux aînés. Dans le cadre du remaniement de son système de soins de santé, l'Ontario a approuvé 150 équipes de santé familiale depuis avril 2005; selon ce qui est prévu, ces équipes devraient être toutes fonctionnelles d'ici 2007-2008, ce qui profitera à plus de 2,5 millions d'Ontariens de 112 communautés qui auront plus facilement accès à des services de santé.

- Le protocole d'entente de 2004 entre le MSSLD et l'Association médicale de l'Ontario prévoit l'harmonisation du réseau de soins primaires et de l'organisation des services de santé selon un seul modèle. En mai 2007, ce nouveau modèle, l'organisation de santé familiale, a été offert à tous les médecins de famille de l'Ontario.

5.4 Rémunération des médecins

Les médecins sont rémunérés selon divers modes pour les services qu'ils fournissent. Certains sont rémunérés à l'acte, et la rémunération est celle du barème des prestations, conformément à la *Loi sur l'assurance-santé*. D'autres sont rémunérés dans le cadre du Programme des autres modes de paiement ou selon le modèle prévu pour les médecins des centres de santé universitaires.

Trente-neuf pour cent des omnipraticiens inscrits de l'Ontario sont rémunérés à l'acte seulement. Les autres reçoivent le financement fourni dans le cadre d'initiatives de soins de santé primaires, comme les organisations de santé familiale, les réseaux de santé familiale, les groupes de santé familiale, les modèles de soins globaux et les équipes de santé familiale. Le modèle des équipes de santé familiale s'inspire des modèles financés existants de médecins de soins primaires en ce sens qu'il prévoit le financement de professionnels des soins de santé primaires de diverses disciplines qui font partie intégrante des équipes. Les médecins qui font partie d'équipes de santé familiale sont financés selon un des trois modes de rémunération suivants : capitation mixte (comme les RSF/OSF), modèles fondés sur l'effectif (RNPGA ou d'autres ententes types spécialisées) et le modèle de salariat mixte (pour les ESF communautaires ou mixtes).

Le MSSLD négocie les taux de rémunération et autres changements du barème des prestations pour les services médicaux avec l'Association médicale de l'Ontario. Une entente quadriennale allant d'avril 2004 à mars 2008 a été conclue avec l'Association. Elle prévoit une augmentation générale de 2 p. 100 pour les spécialistes et de 2,5 p. 100 pour les omnipraticiens et les médecins de famille, à compter du 1er avril 2004. Des augmentations pour certains codes de service sont également prévues, entre le 1er octobre 2005 et le 1er janvier 2008.

Les seuils de paiements sont éliminés à compter du 1er avril 2005. De plus, cette entente : accroît l'accès aux soins dans les collectivités rurales par de nouveaux fonds destinés à appuyer les spécialistes en milieu hospitalier dans le nord; améliore les soins aux aînés en prévoyant de nouveaux honoraires pour les services de garde (maisons de soins de longue durée, soins à domicile et soins palliatifs); appuie les soins hospitaliers par une couverture accrue des services de garde et l'augmentation des honoraires des spécialistes pour la prestation de soins hospitaliers ainsi que par de nouveaux honoraires pour les médecins de famille qui prennent leurs patients en charge dans les services d'urgence; soutient la promotion de la santé et la prévention des maladies par des honoraires spéciaux pour la prise en charge de certaines maladies chroniques; investit dans des initiatives

visant à amener des médecins en Ontario; améliore la qualité de vie des médecins en augmentant les prestations des congés parentaux et de maternité.

En vertu de l'entente, les parties ont commencé à se rencontrer en avril 2007 pour évaluer l'atteinte des objectifs fixés aux termes de celle-ci.

En ce qui a trait aux services de chirurgie dentaire assurés, le MSSLD négocie les changements du barème des prestations avec l'Association dentaire de l'Ontario. En 2002-2003, le MSSLD et l'Association ont convenu d'un accord de financement pluriannuel des services dentaires. Cet accord, en vigueur depuis le 1er avril 2003, a pris fin le 31 mars 2007. Les dispositions de l'accord continueront de s'appliquer jusqu'à ce que les parties aient signé un nouveau contrat.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le système budgétaire de l'Ontario est un système de remboursement prospectif qui tient compte de l'augmentation de la charge de travail, des coûts des services prioritaires de la province, des stratégies de réduction des temps d'attente et des coûts associés à une croissance du volume de services supérieure à la moyenne dans certaines régions. Les paiements sont versés aux hôpitaux deux fois par mois.

Les paiements de transfert aux hôpitaux sont établis d'après les allocations globales historiques et comportent l'allocation de fonds supplémentaires selon la croissance de la population et les prévisions en matière de demande de services, dans le cadre du budget provincial disponible.

Chaque année, les hôpitaux publics présentent un plan hospitalier qui est le résultat de vastes consultations au sein des établissements (c'est-à-dire avec le personnel à tous les échelons, les syndicats, les médecins et le conseil) ainsi qu'au sein de la collectivité et de la région. Le plan hospitalier est fondé sur un budget pluriannuel et comprend une planification pluriannuelle correspondante. Les données présentées dans le plan sont utilisées pour remplir des tableaux de volumes de services et fixer des cibles de rendement qui forment la base contractuelle de l'entente de responsabilisation des hôpitaux.

Dans l'entente de responsabilisation des hôpitaux, le rendement de l'hôpital est mesurer selon cinq indicateurs de rendement clés : la marge totale; le ratio du fonds de roulement; le pourcentage d'infirmières à plein temps; le risque relatif de réadmission; les indicateurs de la qualité des soins que reçoivent les malades chroniques. Le personnel du Ministère et les hôpitaux examinent ensemble les indicateurs de rendement dans l'entente et discutent des marges de tolérance (corridors) relatives à ces indicateurs.

Les ententes interprovinciales de facturation réciproque des services hospitaliers constituent des mesures administratives pratiques en vertu desquelles les gouvernements provinciaux et territoriaux remboursent les hôpitaux pour des services assurés rendus dans une autre province ou un autre territoire.

Depuis le 1er avril 2007, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) possèdent le pouvoir de financer les hôpitaux en Ontario. Les RLISS mènent les négociations relatives aux ententes de responsabilisation des services hospitaliers et au processus de présentation pour la planification annuelle des services hospitaliers.

Le MSSLD examine chaque année la réglementation et les tarifs, en ce qui concerne la quote-part exigée pour les services de soins de longue durée, en tenant compte des changements dans l'indice des prix à la consommation et dans les prestations de la Sécurité de la vieillesse. Il détermine alors s'il y a lieu de modifier la réglementation et les tarifs.

6.0 Reconnaissance

Le gouvernement de l'Ontario a reconnu publiquement la contribution fédérale au titre du Transfert canadien en matière de santé dans ses publications de 2006-2007.

7.0 Services complémentaires de santé

7.1 Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Les foyers de soins de longue durée fournissent des soins, des services de soutien à la personne et de l'hébergement aux personnes qui ne sont plus en mesure de vivre de façon autonome. Des soins infirmiers sont disponibles 24 heures sur 24. Par ailleurs, les résidents ont parfois besoin de supervision sur place, de soins personnels et de surveillance pour veiller à leur sécurité et à leur bien-être. L'atmosphère chaleureuse vise à favoriser la meilleure qualité de vie possible. À l'heure actuelle, le MSSLD finance et réglemente tous les foyers de soins de longue durée autorisés ou approuvés en vertu de trois lois distinctes : la Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos, la *Loi sur les maisons de soins infirmiers* et la *Loi sur les établissements de bienfaisance.*

La nouvelle *Loi sur les foyers de soins de longue durée* de 2007, qui a obtenu la sanction royale le 4 juin 2007, remplace les trois lois déjà en vigueur et prévoit un cadre législatif qui permettra une plus grande gestion et une meilleure qualité des services pour un secteur croissant qui évolue rapidement. Les règlements à l'appui de la mise en application de la nouvelle *Loi* sont en cours d'élaboration. La nouvelle *Loi* permettra aussi une meilleure planification en fonction des besoins de la population nécessitant des services résidentiels appropriés fournis dans un foyer de soins de longue durée.

En date du 30 avril 2007, il y avait environ 608 foyers de soins de longue durée, offrant 75 302 lits, soit 256 foyers sans but lucratif (maisons de soins infirmiers municipales et établissements de bienfaisance sans but lucratif) et 352 foyers à but lucratif.

Les foyers de soins de longue durée offrent davantage de soins personnels et infirmiers que dans les maisons de retraite ou les logements supervisés. Pour obtenir une place dans un foyer de soins de longue durée, il faut être admissible à ce service. Les Centres d'accès aux soins communautaires sont les seuls responsables de la coordination des places attribuées. Les maisons de retraite ne sont ni réglementées ni financées par le Ministère.

Le MSSLD réglemente le secteur des foyers de soins de longue durée par l'entremise de son Programme de gestion de la conformité conçu pour protéger les droits, la sécurité, la qualité des soins et la qualité de vie des pensionnaires. Le Ministère se sert de ce programme pour surveiller et inspecter les foyers de soins de longue durée et vérifier comment ils se conforment à la loi, à la réglementation, aux normes, aux critères et aux conventions de services. Au besoin, il a recours à des mesures coercitives pour assurer la conformité.

Le 1er août 2005, de nouveaux règlements sont entrés en vigueur; ils visent à s'assurer qu'au moins une infirmière autorisée se trouve sur place et est de service dans tous les foyers de soins de longue durée en tout temps.

Depuis le 1er janvier 2006, tous les foyers de longue durée doivent appliquer deux nouvelles normes : soins de la peau et traitement des plaies; soins de continence. Les inspecteurs du Ministère ont commencé à vérifier la conformité aux nouvelles normes le 1er avril 2006.

Le site Web public du Ministère comprenant les rapports sur les foyers de soins de longue durée donne de l'information sur tous les foyers de soins de longue durée de l'Ontario, y compris des rapports sur les profils des foyers, les résultats des vérifications de la conformité et les activités de vérification des plaintes sur une période de douze mois.

Dans le cadre du budget de 2007-2008, une somme de 57,7 millions de dollars en financement annuel projeté a été approuvée pour la création de 1 200 nouveaux postes d'infirmières praticiennes autorisées

(IPA) dans le but d'améliorer les soins dans les foyers de soins de longue durée.

7.2 Services de soins à domicile

Les programmes de soins à domicile et en milieu communautaire de l'Ontario offrent une gamme de services favorisant l'autonomie à domicile ou en milieu de soins communautaires. Ces services sont assurés par les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et des organismes de services communautaires.

Les CASC simplifient l'accès des résidents admissibles de tous âges de l'Ontario aux soins à domicile et en milieu communautaire; coordonnent la prestation des services de soins à domicile aux personnes chez elles, dans leurs écoles et dans leurs collectivités; autorisent l'admission aux foyers de soins de longue durée. Les services fournis par les CASC sont gratuits.

Les CASC sont responsables des aspects suivants :

- fournir ou acheter une gamme de services communautaires au nom des clients admissibles. Ces services comprennent les soins infirmiers, l'entretien ménager, l'aide personnelle, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, le travail social, la diététique, les fournitures médicales et les pansements, le matériel d'hôpital ou de chambre de malade, l'aide pour obtenir une carte d'assurance-médicaments, les services de laboratoire et de diagnostic et le transport pour aller chez le médecin ou à l'hôpital;
- évaluer les besoins individuels et déterminer l'admissibilité aux services de santé professionnels, d'entretien ménager et d'aide personnelle fournis à domicile et dans la collectivité; évaluer et déterminer aussi si des enfants et des adolescents qui vont à l'école ou qui reçoivent leur enseignement à la maison sont admissibles à des services de santé professionnels et d'aide personnelle;
- établir des plans de service;
- renseigner également le public sur les services de soins à domicile ou en milieu communautaire, et l'aiguiller vers ces ressources;
- gérer l'admission dans les maisons de soins de longue durée;
- gérer le processus de demande de propositions en vue de l'achat de services pour les clients.

Les principales lois qui s'appliquent aux CASC sont les suivantes : la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*; la *Loi sur l'assurance-santé*; la *Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires*; la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*; la *Loi sur les établissements de bienfaisance*; la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*; la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*; la *Loi sur les services en français*. Chaque CASC doit aussi connaître toutes les autres lois applicables, dont notamment la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*; la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*; la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*; la *Loi de 1998 sur les commissions d'appel et de révision du ministère de la Santé*.

Les organismes de services communautaires assurent des services de soutien comme les services de relève, les services de bénévoles qui visitent les foyers de personnes âgées, les services pour les personnes handicapées physiquement, les services pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, les services d'entretien ménager, les services de soins auxiliaires, les programmes de jour pour adultes, les services de soutien des soignants, les services de repas, les services d'entretien et de réparation du domicile, les services de visites amicales, les services de vérification de la sécurité et de réconfort, les services sociaux et récréatifs, les services de transport bénévole, les services de consultation et d'éducation dans le domaine des soins palliatifs ainsi que les services aux personnes handicapées physiques, comme les services d'auxiliaires, le financement direct et les services spéciaux pour les aveugles et les personnes malentendantes. Certains de ces services communautaires sont également offerts à

des clients par l'intermédiaire de programmes d'aide à la vie autonome dans des logements supervisés, tandis que d'autres services sont spécialement destinés aux clients présentant des lésions cérébrales acquises. Ces services communautaires sont fournis en vertu de la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée* par des organismes communautaires sans but lucratif qui font appel à une multitude de bénévoles; ils sont financés par le MSSLD.

La stratégie provinciale en matière de soins de fin de vie aide à remplacer l'hospitalisation, s'il y a lieu, par des services de soins à domicile rendus possibles par des avancées dans les pratiques thérapeutiques, une planification concertée entre tous les secteurs des soins de santé ainsi que des ressources accrues. Les objectifs de la stratégie sont les suivants : déplacer les soins aux mourants d'un milieu de soins actifs vers un autre cadre approprié en fonction des préférences individuelles; favoriser ou créer une capacité de services de soins de fin de vie centrés sur le client et de nature interdisciplinaire; améliorer l'accessibilité et la coordination ou l'uniformité des services de soins de vie complets. Les services en fin de vie sont fournis à la maison ou en milieu communautaire par les CASC, les organismes de soutien communautaire et les hospices.

7.3 Services de soins ambulatoires

Les centres de santé communautaire sont des organismes de paiements de transfert qui sont régis par des conseils d'administration sans but lucratif constitués en personne morale et qui se composent de membres de la communauté desservie par le centre. Ils sont ainsi nommés parce qu'ils sont établis par la collectivité et que leurs programmes et services répondent aux besoins recensés par celle-ci. Les services sont fournis par des équipes multidisciplinaires de médecins, d'infirmières praticiennes, d'infirmières, de conseillers, de diététistes, de thérapeutes, de travailleurs de la santé en milieu communautaire et de personnel responsable de la promotion de la santé. Les centres de santé communautaire offrent des services de soins de santé primaires complets ainsi que des programmes de groupe et des programmes communautaires, dont des services éducatifs aux diabétiques, des programmes parents-enfants, des cuisines communautaires et des services d'intervention auprès des jeunes. Ils fonctionnent dans un cadre de santé de la population accordant une importance égale à la prestation de soins de santé primaires complets et aux services de prévention des maladies et de promotion de la santé.

Les centres de santé communautaire définissent les groupes prioritaires qui formeront leur clientèle et qui sont habituellement les personnes pour qui la culture, la langue, le niveau d'alphabétisation, l'âge, l'isolement géographique, le statut socio-économique, les incapacités, l'état de santé mental et l'itinérance constituent des obstacles à l'accès. Ils établissent des partenariats avec d'autres fournisseurs de services pour améliorer l'accès aux soins, promouvoir une bonne intégration des services et renforcer la capacité d'une collectivité de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé dans leurs collectivités.

Les services sont fournis par le biais de 54 centres de santé communautaire, dans plus de 80 emplacements offrant la gamme complète des services. Il y a 27 centres de santé communautaire dans les grandes villes, 14 dans de plus petites villes et 13 dans les collectivités rurales ou du nord. Aucune loi particulière ne régit ces centres.

Auparavant, pour qu'un centre de santé communautaire soit mis sur pied, il fallait que des groupes en manifestent le désir, d'où la répartition inégale de ces centres et les écarts importants dans la disponibilité des services entre les diverses régions de la province. De 2004 à 2008, le gouvernement élargit le réseau des centres de santé communautaire par l'ajout de 22 nouveaux centres et de 27 centres satellites. Cette expansion visera les collectivités comptant des groupes à risque élevé ayant difficilement accès aux services. Lorsqu'elle sera terminée, la plupart des écarts les plus importants dans la disponibilité des services devraient avoir été corrigés.

Personnes inscrites					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	12 100 000	12 200 000	12 400 000	12 500 000 [1]	12 600 000 [1]

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	139	135	135	134	132
b. soins chroniques	11	13	13	14	14
c. soins de réadaptation	4	4	4	4	4
d. autres	3	3	3	4	4
e. total	157 [2]	155 [2]	155 [2]	156 [2]	154 [2]
3. Paiement des services de santé assurés ($) :					
a. soins actifs	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]
b. soins chroniques	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]
c. soins de réadaptation	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]
d. autres	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]	n.d. [3]
e. total	10 300 000 000	10 300 000 000	12 300 000 000	12 700 000 000	13 500 000 000
Établissements privés à but lucratif	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]
b. établissements d'imagerie diagnostique	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]
c. total	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]
b. établissements d'imagerie diagnostique	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]
c. total	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]

1. Ces estimations représentent le nombre de cartes d'assurance-santé valides et actives (résidents présentement admissibles ayant présenté une demande au cours des sept dernières années).
2. Exclut les hôpitaux psychiatriques provinciaux; les hôpitaux de santé mentale spécialisés sont déclarés à 2(d) – Autres.
3. Les établissements en Ontario tendent à être mixtes (soins actifs et de longue durée et soins de longue durée et de réadaptation) et seule une minorité d'établissements sont du genre patient unique. Le classement par type d'établissement ne donne qu'un échantillon restreint, sous-estimant les montants réellement dépensés pour les lits de soins de longue durée et de réadaptation.
4. « Au MSSLD, les données ne sont pas recueillies dans un seul système. De plus, le Ministère n'est pas capable de catégoriser les fournisseurs ou les établissements comme étant « à but lucratif » parce qu'il ne possède pas les états financiers contenant les détails du débours, par les prestataires, des revenus du Ministère. »

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	9 306	9 023	8 184	8 374	8 037
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	48 500 000	63 000 000	52 000 000	54 000 000	49 870 000
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	140 692	167 143	154 460	174 848	139 036
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	16 500 000	20 000 000	23 000 000	29 100 000	25 576 000
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	23 295	21 458	21 710	23 845	20 800
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	27 200 000	32 000 000	42 466 826	66 916 271	76 828 432
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	n.d. [5]	n.d. [5]	n.d. [5]	n.d. [5]	n.d. [5]
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	n.d. [6]	n.d. [6]	n.d. [6]	n.d. [6]	n.d. [6]

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	10 508	10 611	10 660	10 774	11 114
b. spécialistes	10 724	10 703	11 016	11 460	12 087
c. autres	n.d. [7]	n.d. [7]	n.d. [7]	n.d. [7]	n.d. [7]
d. total	21 232	21 314	21 676	22 234	23 201
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	17	15	14	12	13
b. spécialistes	134	114	62	39	36
c. autres	n.d. [7]	n.d. [7]	n.d. [7]	n.d. [7]	n.d. [7]
d. total	151	129	76	51	49
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]
b. spécialistes	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]
c. autres	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]
d. total	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]	n.d. [8]
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	188 309 344 [9]	192 572 601 [9]	200 825 265 [9]	215 980 656 [9]	222 632 480 [9]
b. paiements totaux ($)	5 420 010 700 [9]	5 945 003 300 [9]	6 424 329 400 [9]	7 072 813 000 [9]	7 791 581 966 [9]
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	179 100 000	182 000 000	191 451 200	203 656 000	204 545 656
b. paiements totaux ($)	4 798 300 000	4 973 000 000	5 312 085 618	5 642 049 000	5 962 775 787

5. Inclus au numéro 24.
6. Inclus au numéro 26.
7. Tous les médecins sont classés dans les catégories omnipraticien ou spécialiste.
8. L'Ontario n'a aucun médecin non participant, seulement des médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie et qui sont indiqués au numéro 8.
9. Le nombre de services comprend les services fournis par les médecins de l'Ontario dans le cadre des programmes de paiement à l'acte, de soins primaires, des autres modes de paiement et des centres de santé universitaires. Les paiements totaux comprennent les paiements versés aux médecins de l'Ontario dans le cadre des programmes de paiement à l'acte, de soins primaires, des autres modes de paiement et des centres de santé universitaires ainsi que du programme d'appel des hôpitaux. Les services et les paiements liés aux programmes des autres praticiens, aux programmes hors du pays/hors de la province et aux laboratoires communautaires sont exclus.

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
19. Nombre de services (#)	497 880	557 720	534 179	573 830	627 375
20. Paiements totaux ($)	17 700 000	18 600 000	20 300 000	21 164 600	23 754 500
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	200 428	180 395	179 410	200 723	182 693
22. Paiements totaux ($)	10 200 000	9 900 000	11 635 998	13 211 381	19 351 944

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
23. Nombre de dentistes participants (#)	319	323	335	330	316
24. Nombre de services fournis (#)	75 600	72 900	86 000	87 111	92 264
25. Paiements totaux ($)	9 300 000	9 200 000	11 786 600	12 546 397	14 229 896

Manitoba

Introduction

Santé Manitoba et Vie saine Manitoba fournissent le leadership et le soutien nécessaires à la protection, à la préservation et à la promotion de la santé de tous les Manitobains. Le Ministère comprend cinq secteurs fonctionnels distincts, mais interdépendants : Soutien des programmes ministériels et provinciaux, Programmes de vie saine et de santé, Personnel de santé, Affaires régionales ainsi qu'Administration, finances et responsabilisation. Les mandats de ces secteurs découlent des lois et des politiques établies sur la santé et le mieux-être. Les rôles et responsabilités du Ministère sont d'élaborer des normes, des politiques et des programmes, de rendre des comptes sur le plan financier et d'évaluer les programmes.

Santé Manitoba et Vie saine Manitoba demeurent engagés à soutenir notre système de soins de santé universel, intégral et accessible, et à améliorer l'état de santé de tous les Manitobains. À l'appui de ces engagements, un certain nombre d'activités ont été entreprises en 2006-2007.

Le ministère de la Vie saine a continué de diriger et d'orienter la priorité ministérielle relative à la promotion de pratiques saines et à la prévention des maladies et des blessures grâce au lancement de la campagne sur une saine alimentation – une initiative provinciale faisant la promotion d'une saine alimentation et d'une bonne nutrition dans les écoles – et à des ressources supplémentaires facilitant la stratégie sur le vieillissement en santé, qui cherche à promouvoir des modes de vie sains chez les aînés.

Le Manitoba a présenté un plan en cinq points de 155 millions de dollars pour améliorer l'accès à des soins de qualité et réduire les temps d'attente dans les cinq domaines clés fédéraux et dans quatre autres domaines propres au Manitoba. Le plan prévoit plus d'épreuves diagnostiques, plus d'interventions chirurgicales, plus de professionnels de la santé, des innovations dans le système ainsi qu'une gestion des temps d'attente, une prévention et une promotion de la santé améliorées.

Le Manitoba a pris part à d'importantes initiatives provinciales d'amélioration de la qualité, dont un processus obligatoire de déclaration et d'apprentissage qui vise à améliorer la sécurité des patients en réduisant le risque de répétition d'incidents critiques. Le fait de s'éloigner d'un processus volontaire moins complet met en évidence l'engagement des décideurs qui veulent des améliorations majeures à la sécurité en s'attaquant de manière systémique aux événements indésirables dans le système de santé. En ce qui a trait à cet engagement, La *Loi sur les offices régionaux de la santé* et la *Loi modifiant la Loi sur la preuve au Manitoba* ont été adoptées le 1er novembre 2006. Les régions appliquent désormais des prescriptions législatives, dont des processus et des procédures exigeant la déclaration de certains incidents critiques et la tenue d'enquêtes sur ceux-ci.

L'Institut pour la sécurité des patients du Manitoba, qui a été créé en 2004, continue de réaliser diverses activités pour promouvoir, coordonner et stimuler la recherche et les initiatives favorisant la sécurité des patients et la qualité des soins. En voici un exemple : l'initiative sur les connaissances en matière de santé, *Vous avez le droit de poser des questions*, mise en place à plusieurs endroits au Manitoba vers la fin de 2006. Cette initiative se compose d'outils pratiques destinés à la fois aux patients et aux fournisseurs de soins. Elle vise à améliorer la communication et à réduire les erreurs en matière de soins de santé et les événements cliniques majeurs. *Vous avez le droit de poser des questions* entraînera une meilleure communication entre les patients et les fournisseurs de soins; les patients seront ainsi mieux informés de leur santé et

géreront plus activement leurs soins de santé. L'Institut continue de faciliter les enquêtes sur la culture de la sécurité dans les régions, dirige la synapse du Manitoba de la campagne Soins de santé plus sécuritaires, maintenant! et préside les ateliers provinciaux annuels sur la sécurité des patients ainsi que d'autres tribunes professionnelles et publiques.

En 2006-2007, Santé Manitoba et Vie saine Manitoba ont continué la restructuration des programmes de médicaments provinciaux afin d'établir trois unités fonctionnelles – gestion des programmes opérationnels, services professionnels et politique de gestion des médicaments – et de faciliter une gestion exhaustive, coordonnée et active des programmes de prestations pharmaceutiques pour les programmes publics de médicaments au Manitoba. L'unité de gestion des programmes opérationnels est responsable des questions opérationnelles. L'unité des services professionnels se concentre sur la gestion des formulaires et sur la mise en œuvre des stratégies d'intervention en matière de gestion des médicaments. L'unité de la politique de gestion des médicaments assure une capacité ciblée en matière de politiques et de planification pour les nouveaux enjeux liés à la gestion et à l'utilisation des médicaments. Plus précisément, cette dernière unité assume les tâches suivantes : élaborer les politiques et les stratégies, et diriger le processus de mise en œuvre, qui visent à accroître l'efficience de la chaîne d'approvisionnement en médicaments et à améliorer les pratiques de prescription et l'utilisation des médicaments de manière à maximiser les résultats pour la santé; prévoir des améliorations au modèle du régime d'assurance-médicaments pour gérer les dépenses pharmaceutiques; mettre en place une capacité et appliquer des stratégies de communication efficaces visant, premièrement, à transférer les connaissances et à accroître la sensibilisation parmi les prescripteurs, les fournisseurs de soins et les patients relativement à une bonne utilisation des médicaments et, deuxièmement, à faciliter les consultations et le dialogue avec des intervenants.

Une nouvelle stratégie de soins de longue durée pour les personnes âgées, basée sur le principe du vieillissement chez soi, améliorera le soutien en milieu communautaire et offrira des solutions de rechange à l'institutionnalisation. En leur offrant de meilleures options de maintien dans leur communauté, ou de « vieillissement chez soi », les Manitobains pourront continuer de contribuer à la vie sociale, civique et économique de la communauté.

D'importants investissements en capital ont également été faits dans les établissements de soins actifs, comme le Centre de cardiologie à l'Hôpital Saint-Boniface, le projet de redéploiement du secteur des services critiques au Centre de sciences de la santé (CSS), le projet d'unité de soins aux brûlés au CSS, le programme pour les femmes atteignant l'âge de la ménopause (déplacement et expansion de ce programme du CSS à l'Hôpital général Victoria), le nouveau centre de santé génésique (centre satellite des cliniques de santé pour femmes), la nouvelle chambre d'isolement à Misericordia, la rénovation du service de buanderie de l'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW) et la mise en place d'un programme communautaire sur le cancer.

Par ailleurs, deux établissements de soins de longue durée ont fait l'objet d'importantes dépenses en capital : l'ajout et la rénovation d'une nouvelle unité de 39 lits au foyer de soins personnels Valade à Winnipeg; un nouveau foyer de soins personnels de 35 lits, le Northern Spirit Manor, situé à Thompson.

Voici d'autres investissements en capital dans des programmes provinciaux : le centre de coordination des transports pour fins médicales du Centre de santé régional Brandon; le Centre d'accès aux soins primaires Transcona qui prévoit d'importants travaux d'amélioration, d'agrandissement ou de rénovation des locaux au Centre de santé Swan Valley et aux hôpitaux Ste-Anne et Flin Flon; un nouveau centre de soins de santé à Wabowden; l'amélioration des services de réadaptation avec la mise en place du projet de reconfiguration des services de réadaptation à l'ORSW.

Le lancement d'un nouveau programme provincial visant à améliorer le dépistage du cancer colorectal chez certains groupes d'âge a été annoncé en janvier 2007. Le projet du Programme de dépistage du cancer colorectal, phase 1 d'un programme provincial, qui a été approuvé, doit commencer le 1er avril 2007. Ce projet se déroulera en trois étapes sur une période de 2,5 ans, jusqu'à la fin du projet en octobre, 2008-2009, pour le groupe cible se composant de Manitobains sélectionnés de 50-74 ans habitant dans les offices régionaux de la santé d'Assiniboine et de Winnipeg. Au total, 25 000 personnes, autant de zones rurales que de centres urbains, seront invitées à participer au projet.

Rôle et mission de Santé Manitoba et de Vie saine Manitoba

Le ministère de la Santé (Santé Manitoba et Vie saine Manitoba) est un ministère hiérarchique au sein du gouvernement. Son fonctionnement est régi par les dispositions législatives et les responsabilités confiées aux ministres de la Santé et de la Vie saine. Les mandats officiels conférés par les lois, et ceux qui découlent de la nécessité d'agir face aux nouveaux problèmes de santé ou de soins de santé, servent de cadre à la planification et à la prestation des services.

Que les Manitobains puissent vivre en santé, grâce à une offre équilibrée de services de prévention et de soins de santé, telle est la vision de Santé Manitoba et de Vie saine Manitoba.

Ces ministères ont pour mission de diriger un système de santé public viable, adapté aux besoins des Manitobains et qui favorise leur santé et leur bien-être. Pour l'accomplir, ils comptent sur une structure d'enveloppes globales, assorties de l'obligation de rendre des comptes sur les programmes, les politiques et la gestion financière, sur l'établissement de politiques gouvernementales judicieuses et sur la prestation de services de santé et de soins de santé pertinents et efficaces. Les services sont fournis par l'intermédiaire des systèmes de prestation régionaux, des hôpitaux et des autres établissements de soins de santé. Santé Manitoba verse également, au nom des Manitobains, des paiements au titre des services de santé assurés en ce qui concerne les soins médicaux, les soins hospitaliers, les soins personnels, les médicaments couverts par l'assurance-médicaments et d'autres services de santé.

Santé Manitoba et Vie saine Manitoba ont aussi pour rôle de favoriser l'innovation dans le système de santé. À cette fin, ils se dotent de mécanismes d'évaluation et de surveillance de la qualité, de l'utilisation et du rapport coût-efficacité des soins, font la promotion des comportements et des milieux favorables à la santé et encouragent la souplesse et l'adaptation aux besoins pour la prestation des services ainsi que le recours à des solutions de rechange moins coûteuses.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba est géré par le ministère de la Santé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, R.S.M. 1987, ch. H35. En 1992, des modifications importantes ont été apportées à la *Loi*[1]: la Commission des services de santé du Manitoba a été dissoute et tous ses biens et responsabilités ont été transférés à Santé Manitoba et à Vie saine Manitoba. Cette dissolution est entrée en vigueur le 31 mars 1993.

1. Lorsqu'il est fait mention de « la Loi » dans le texte, il s'agit de la *Loi sur l'assurance-maladie* selon la codification du 31 mars 2007.

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba est géré conformément aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-maladie* qui s'appliquent à la couverture des services hospitaliers, des soins personnels et des soins médicaux et autres services de santé assurés aux termes des lois provinciales ou de leurs règlements d'application. La *Loi* a été modifiée le 1er janvier 1999, de manière à couvrir les soins médicaux assurés en consultations externes et qui sont fournis dans un établissement chirurgical.

Le ministre de la Santé est responsable de l'administration du régime. Aux termes du paragraphe 3(2) de la *Loi*, le ministre peut :

- fournir aux résidents de la province une assurance relative aux coûts des services hospitaliers, des soins médicaux, des soins personnels et d'autres services de santé;
- planifier, organiser et mettre sur pied dans toute la province un réseau équilibré et intégré d'hôpitaux, de foyers de soins personnels ainsi que d'établissements et de services associés au domaine de la santé qui répondent aux besoins des résidents de la province;
- faire en sorte que des normes satisfaisantes soient maintenues dans les hôpitaux, dans les foyers de soins personnels ainsi que dans les établissements associés au domaine de la santé, y compris les normes relatives à la surveillance, à la délivrance de licences, à l'équipement et à l'inspection, ou prendre les dispositions qu'il juge nécessaires pour assurer le maintien de normes satisfaisantes;
- sauf dans le cas des soins individuels aux malades, fournir un service de consultation aux hôpitaux et aux foyers de soins personnels de la province ou prendre les dispositions qu'il juge nécessaires afin d'assurer la prestation d'un tel service;
- exiger que les dossiers des hôpitaux, des foyers de soins personnels et des établissements associés au domaine de la santé soient vérifiés tous les ans et que les rapports que requiert le gouvernement du Canada à l'égard des hôpitaux soient présentés;
- dans les cas où les résidents n'ont pas accès à des soins médicaux ni à d'autres services de santé, prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour planifier, organiser et mettre sur pied de tels services afin de répondre aux besoins des résidents.

Le ministre peut également conclure, avec des personnes ou des groupes de personnes, les contrats et ententes qu'il juge nécessaires pour l'application de la *Loi*. Il peut également octroyer des subventions à une personne ou à un groupe de personnes pour l'application de la *Loi*, sous réserve des conditions qu'il juge opportunes. Le ministre peut aussi, par écrit, déléguer à quiconque les pouvoirs ou les fonctions que lui confèrent la *Loi* ou son *Règlement*.

Aucune modification législative se répercutant sur la gestion publique du régime n'a été apportée à la *Loi* ou à son *Règlement* au cours de l'exercice 2006-2007.

1.2 Liens hiérarchiques

Aux termes de l'article 6 de la *Loi*, le ministre doit préparer les états financiers vérifiés du régime et y faire état séparément des dépenses se rapportant aux services hospitaliers, aux soins médicaux ainsi qu'aux autres services de santé. Le ministre est également tenu de faire préparer un rapport annuel qui doit comprendre les états financiers vérifiés, et il doit déposer une copie du rapport annuel à l'Assemblée législative dans les 15 premiers jours de session de celle-ci, suivant sa réception. Si l'Assemblée ne siège pas, le rapport doit être déposé dans les 15 jours suivant le début de la session suivante.

1.3 Vérification des comptes

L'article 7 de la *Loi* exige que le Bureau du vérificateur général du Manitoba (ou un autre vérificateur désigné par le Bureau du vérificateur général du Manitoba) fasse une vérification annuelle des comptes du régime et prépare un rapport à l'intention du ministre. Le plus récent rapport au ministre, que le public peut consulter, vise l'exercice 2006-2007 et fait partie du Rapport annuel 2006-2007

de Santé Manitoba et de Vie saine Manitoba. Il sera aussi sur le site Web de la province vers la fin d'octobre 2007.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 46 et 47 de la *Loi* de même que le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* (R.M. 48/93) s'appliquent aux services hospitaliers assurés.

En date du 31 mars 2007, 97 établissements fournissaient des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes au Manitoba, dont un centre psychiatrique provincial. Les hôpitaux sont désignés par le *Règlement sur la désignation des hôpitaux* (R.M. 47/93) en vertu de la *Loi*.

Les services spécifiés par le *Règlement* comme étant des services hospitaliers assurés fournis aux malades hospitalisés et aux malades externes comprennent les services suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les soins infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; les fournitures médicales et chirurgicales ordinaires; l'utilisation des salles d'opération, des salles d'observation et des installations d'anesthésie; l'utilisation des installations de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie, là où elles existent.

L'inscription de nouveaux services sur la liste des services hospitaliers disponibles se fait toujours dans le cadre du processus de planification en matière de santé.

Les Manitobains ont des attentes très élevées quant à la qualité des soins de santé et exigent ce qu'il y a de mieux en matière de connaissances médicales et de services lorsque leur état de santé personnel est en cause. À cet égard, Santé Manitoba et Vie saine Manitoba se tiennent au courant des avancées dans les sciences de la santé.

2.2 Services médicaux assurés

Le texte habilitant en ce qui concerne les soins médicaux assurés est le *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux* (R.M. 49/93) pris en application de la *Loi*.

Les médecins qui fournissent des services assurés au Manitoba doivent être légalement autorisés à exercer la médecine au Manitoba, détenir la licence prescrite et être inscrits au registre, conformément à la *Loi médicale*. En date du 31 mars 2007, 2 244 médecins étaient inscrits au registre de Santé Manitoba et Vie saine Manitoba.

Un médecin peut, sur présentation d'un préavis écrit au ministre, choisir de percevoir des honoraires auprès d'une autre personne que le ministre pour les soins fournis aux assurés, conformément à l'article 91 de la *Loi* et de l'article 5 du *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux*. La décision de ne pas participer au régime entre en vigueur le premier jour du mois suivant une période de 90 jours à compter de la date où le ministre reçoit l'avis.

Avant de fournir un service médical à un assuré, le médecin doit donner un préavis raisonnable de son intention de percevoir ses honoraires auprès de cette personne ou d'une autre, qui n'est pas le ministre. Il est tenu de soumettre, pour le compte de l'assuré, une demande de règlement au ministre; le médecin ne peut percevoir d'honoraires en sus des prestations exigibles à l'égard de ces services aux termes de la *Loi* ou du *Règlement*. À l'heure actuelle, aucun médecin du Manitoba n'a fait le choix de ne pas participer au régime.

Le *Règlement sur les frais engagés pour des soins médicaux assurés* (R.M. 95/96) fournit la liste des soins médicaux assurés par Santé Manitoba et Vie saine Manitoba. La couverture s'étend à tous les services de soins personnels fournis par un médecin à un assuré qui sont nécessaires du point de vue médical

et qui ne sont pas exclus aux termes du *Règlement sur les services exclus* (R.M. 46/93) pris en application de la *Loi*.

Au cours de l'exercice 2006-2007, un certain nombre de nouveaux services assurés ont été ajoutés au barème d'honoraires révisé. Il est possible de consulter le guide des médecins en ligne à l'adresse suivante :

http://www.gov.mb.ca/health/manual/index.html (en anglais).

Pour faire inscrire un service médical à la liste des services assurés par Santé Manitoba et Vie saine Manitoba, les médecins doivent présenter une proposition à leur section de l'Association médicale du Manitoba. L'Association médicale négocie ensuite avec Santé Manitoba et Vie saine Manitoba, y compris en ce qui concerne les honoraires. Santé Manitoba et Vie saine Manitoba peuvent également amorcer le processus.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

La liste des services de chirurgie dentaire assurés est fournie dans le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* (Règlement 48/93) pris en application de la *Loi*. Ces services sont assurés lorsqu'ils sont fournis par un chirurgien bucco-dentaire et maxillo-facial ou un dentiste autorisé à exercer dans un hôpital, et qu'il est nécessaire d'hospitaliser le patient pour accomplir l'acte correctement. Ce règlement prévoit également des prestations relativement au coût des services d'orthodontie assurés dans les cas de fissure labiale et de fente palatine chez les personnes inscrites au programme avant leur dix-huitième anniversaire, et ce, lorsque les services sont fournis par un orthodontiste autorisé ou un dentiste titulaire d'une licence. En date du 31 mars 2007, 590 dentistes étaient inscrits auprès de Santé Manitoba et de Vie saine Manitoba.

Les fournisseurs de services dentaires peuvent, à l'instar des médecins, décider de percevoir leurs honoraires directement auprès du patient, auquel cas ils ne doivent pas facturer au patient ou recevoir de celui-ci des honoraires en sus des prestations exigibles aux termes de la *Loi* ou du *Règlement*. En date du 31 mars 2007, aucun fournisseur de services dentaires n'avait fait le choix de ne pas participer au régime.

Pour faire inscrire un service dentaire à la liste des services assurés, le dentiste doit soumettre une proposition à la Manitoba Dental Association (MDA). La MDA négociera les honoraires avec Santé Manitoba et Vie saine Manitoba.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Le *Règlement sur les services exclus* (R.M. 46/93), pris en application de la *Loi*, définit les services qui ne sont pas assurés. Ce sont : les examens et les rapports établis pour des raisons d'emploi, d'assurance, de fréquentation d'une université ou d'un camp, ou encore les services offerts à la demande de tiers; les services d'immunisation et autres services offerts à des groupes, sauf s'ils sont autorisés par Santé Manitoba et Vie saine Manitoba; les soins que des médecins, des dentistes, des chiropraticiens ou des optométristes se donnent à eux-mêmes ou donnent aux personnes à leur charge; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats, de communications et de témoignages devant un tribunal; le kilométrage ou le temps de déplacement; les services de psychologues, de podologues et d'autres praticiens dont les services ne sont pas mentionnés dans la législation; la fécondation in vitro; l'enlèvement de tatouages; l'ajustement de lentilles cornéennes; le rétablissement de la fécondité; la psychanalyse.

Le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* stipule que les services en milieu hospitaliers comprennent les fournitures médicales et chirurgicales courantes, ce qui permet d'assurer un accès raisonnable à tous les résidents. Les offices régionaux de la santé et Santé Manitoba vérifient la conformité à cette disposition.

Santé Manitoba continue à s'attaquer à la question de frais facturés aux patients pour les fournitures médicales, ou « frais de fournitures médicales », et demure résolu à prendre les mesures nécessaires pour empêcher cette pratique.

Tous les résidents du Manitoba jouissent de l'égalité d'accès aux services. Les tiers, comme les assureurs privés et la Commission de la santé et de la sécurité au travail, n'ont pas accès en priorité aux services en versant un supplément. Le Manitoba n'a aucun processus officiel pour surveiller la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent aux offices régionaux de la santé ainsi qu'à Santé Manitoba et à Vie saine Manitoba de se tenir au courant des préoccupations relatives à l'usage et aux services.

Pour retirer un service de la liste des services assurés, le Ministère prépare une demande qu'il soumet à l'approbation du Cabinet. La décision de tenir ou non une consultation publique est prise au cas par cas, selon le service en cause.

En 2006-2007, aucun service n'a été supprimé de la liste des services assurés par Santé Manitoba et Vie saine Manitoba.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit les modalités d'admissibilité des résidents du Manitoba au régime d'assurance-maladie de la province. Le paragraphe 2(1) de la *Loi* stipule qu'un « résident » est une personne qui est légalement autorisée à habiter au Canada, qui réside au Manitoba et qui y est personnellement présente au moins six mois par année civile. Cette définition vise également toute autre personne correspondant à la définition de résident en vertu des règlements, mais exclut, sauf indication contraire du ministre, les personnes qui sont titulaires d'un permis de séjour temporaire délivré sous le régime de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (Canada) ainsi que les visiteurs, les personnes de passage et les touristes.

Les paragraphes 7(1) et 8(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) élargissent la définition de « résidence ». Aux termes du paragraphe 7(1), les personnes qui s'absentent du Manitoba pendant au plus 24 mois consécutifs pour faire œuvre de missionnaire, occuper un emploi à l'étranger ou prendre un congé sabbatique peuvent conserver leur statut de résident de cette province, tout comme les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement reconnu. Par ailleurs, aux termes du paragraphe 8(1), les personnes légalement autorisées à travailler au Manitoba et qui détiennent un permis de travail valide pour au moins 12 mois sont réputées être résidents.

L'article 6 du *Règlement sur la résidence et l'inscription* définit la période d'attente au Manitoba :

> « Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, était résident d'une autre province ou d'un territoire canadien n'est pas assuré avant le premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée. »

Il n'existe actuellement aucune autre période d'attente au Manitoba.

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba exclut les résidents couverts par les lois fédérales suivantes : *Loi sur l'aéronautique*; *Loi sur les prestations de guerre pour les civils*; *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État*; *Loi sur l'indemnisation des marins marchands*; *Loi sur la défense nationale*; *Loi sur les pensions*; *Loi sur la Gendarmerie royale du Canada*; *Loi sur la réadaptation des anciens combattants*; toute autre loi d'une autre autorité législative [*Règlement sur les services exclus* 2(2)]. Les résidents exclus aux termes de ce paragraphe sont les membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus d'un pénitencier fédéral. Les résidents libérés des Forces armées canadiennes ou de la GRC

ainsi que les détenus libérés d'un pénitencier fédéral sans personnes à charge qui sont des résidents de la province deviennent admissibles à la couverture du régime manitobain. Aux termes du paragraphe 2(3) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93), ces personnes ont un mois, lorsqu'elles changent de statut, pour s'inscrire auprès de Santé Manitoba de Vie saine Manitoba.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour les besoins de la délivrance des cartes d'assurance-maladie, les personnes doivent aviser Santé Manitoba et Vie saine Manitoba qu'elles sont légalement autorisées à être au Canada et qu'elles ont l'intention d'habiter au Manitoba pendant six mois. Elles doivent aussi fournir une adresse de résidence principale dans la province. À la réception de ces renseignements, Santé Manitoba et Vie saine Manitoba délivrent une carte d'inscription à la personne ainsi qu'à toutes les personnes admissibles à sa charge.

Au Manitoba, deux numéros sont associés à la santé : le numéro d'inscription est un numéro à six chiffres attribué à une personne de 18 ans ou plus qui n'est pas réputée être une personne à charge. Santé Manitoba et Vie saine Manitoba utilisent ce numéro pour régler toutes les demandes de remboursement des soins médicaux pour cette personne et ses personnes à charges désignées. Un numéro d'identification personnelle de santé (NIPS) de neuf chiffres est utilisé pour le paiement de tous les services hospitaliers et pour le régime provincial de médicaments.

En date du 31 mars 2007, il y avait 1 188 209 résidents inscrits au régime.

Le régime de Santé Manitoba et Vie saine Manitoba ne prévoit aucune possibilité de retrait pour les résidents.

3.3 Autres catégories de personnes

Aux termes du paragraphe 8(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93), les travailleurs temporaires doivent être titulaires d'un permis de travail délivré par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) les autorisant à travailler au moins 12 mois consécutifs, être réellement présents au Manitoba et être légalement autorisés à demeurer au Canada pour avoir droit à l'assurance de Santé Manitoba et Vie saine Manitoba.

En date du 31 mars 2007, 6 692 titulaires d'un permis de travail étaient couverts par le régime d'assurance-maladie du Manitoba.

La définition de « résident », de la *Loi sur l'assurance-maladie*, autorise le ministre de la Santé ou son mandataire désigné à rendre admissibles à la couverture les titulaires de permis ministériels délivrés aux termes de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (Canada). Aucune modification législative se répercutant sur l'universalité n'a été apportée à la *Loi* ou au *Règlement* au cours de l'exercice 2006-2007.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

L'article 6 du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) fixe la période d'attente pour les assurés d'une autre province ou d'un territoire. Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, habitait dans une autre province ou dans un territoire du Canada, est assuré le premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le paragraphe 7(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant des absences temporaires au Canada. Les étudiants sont réputés être des résidents et continuent d'être couverts par le régime manitobain pendant toute la période où ils sont inscrits à temps plein dans tout établissement d'enseignement reconnu. Une deuxième disposition stipule qu'ils doivent avoir l'intention de revenir et d'y résider à la fin de leur programme d'études.

Le Manitoba a des ententes officielles de facturation réciproque des services hospitaliers avec toutes les provinces et chacun des territoires canadiens. Il a un accord bilatéral avec la Saskatchewan pour les résidents de la Saskatchewan qui reçoivent des soins dans les localités frontalières du Manitoba.

Les soins aux malades hospitalisés sont payés selon les taux normaux approuvés par la province ou le territoire d'accueil. Les paiements versés pour services en hôpital, les actes médicaux à coût élevé et les services en consultation externe sont fondés sur les taux nationaux établis par les régimes de santé provinciaux ou territoriaux. Ils comprennent tous les services nécessaires sur le plan médical de même que les coûts relatifs aux soins d'urgence.

Les soins médicaux reçus dans toutes les provinces, à l'exception du Québec, et tous les territoires sont payés en vertu d'ententes de facturation réciproque aux taux de la province ou du territoire d'accueil. Les demandes de remboursement pour soins médicaux reçus au Québec sont soumises par le patient ou le médecin à Santé Manitoba qui les règlera selon les taux en vigueur dans la province d'accueil.

En 2006-2007, Santé Manitoba et Vie saine Manitoba ont versé des paiements totalisant environ 26,7 millions de dollars pour les services hospitaliers et 9,9 millions de dollars pour des soins médicaux fournis au Canada.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'étranger

Le paragraphe 7(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant les absences temporaires du Canada.

Les résidents qui travaillent à temps plein à l'étranger en vertu d'un contrat sont couverts par le régime manitobain pendant une période d'au plus 24 mois consécutifs. Ils doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur contrat. Les membres du clergé qui vont en mission pour le compte d'une organisation religieuse ayant le statut d'organisme de bienfaisance au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) sont couverts pour une période d'au plus 24 mois consécutifs. Les étudiants sont réputés être des résidents et continuent d'être couverts pendant la durée de leur inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu. Une deuxième disposition stipule qu'ils doivent avoir l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider à la fin de leur programme d'études. Les résidents en congé sabbatique ou en congé d'études sont couverts par le régime manitobain pendant une période pouvant aller jusqu'à 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur congé.

Pour chacune de ces catégories, l'assurance est assujettie aux montants indiqués dans le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* (R.M. 48/93). Les services hospitaliers reçus à l'extérieur du Canada par suite d'une urgence ou d'une maladie subite pendant une absence temporaire sont payés comme suit :

Les soins en hôpital sont payés selon un taux quotidien fondé sur le nombre de lits de l'établissement :

- 1-100 lits : 280 $
- 101-500 lits : 365 $
- plus de 500 lits : 570 $

Les soins en consultation externe sont payés selon le taux fixe de 100 $ la consultation, ou de 215 $ la séance d'hémodialyse.

Étant donné la diversité des hôpitaux retrouvée dans les régions rurales et les régions urbaines, le calcul de ces taux est complexe.

Les Manitobains ayant besoin de services hospitaliers médicalement nécessaires qui ne sont pas offerts au Manitoba ni ailleurs au Canada peuvent être admissibles au remboursement des coûts engagés aux États-Unis en fournissant à Santé Manitoba et Vie saine Manitoba une recommandation de leur spécialiste précisant qu'ils ont besoin d'un certain service médicalement nécessaire. Les soins médicaux reçus aux États-Unis sont payés au taux équivalent établi pour des services semblables fournis au Manitoba. Les services hospitaliers sont payés à un taux équivalant à au moins 75 p. 100 des frais imposés par l'hôpital pour les services assurés. Les services hospitaliers sont payés en devises américaines (articles 15 à 23 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux*).

Pendant l'exercice 2006-2007, Santé Manitoba et Vie saine Manitoba ont versé des paiements totalisant environ 3 834 000 $ pour les soins hospitaliers fournis dans des hôpitaux situés à l'étranger. Ils ont en outre effectué des paiements totalisant environ 1 118 000 $ pour les soins médicaux offerts à l'étranger.

Lorsque Santé Manitoba et Vie saine Manitoba ont préalablement approuvé le paiement des services fournis à l'étranger et que le montant approuvé est inférieur au total facturé pour les services assurés, ils peuvent accorder des fonds supplémentaires, en se basant sur les besoins financiers.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

L'approbation préalable de Santé Manitoba et Vie saine Manitoba n'est pas exigée pour les services fournis ailleurs au Canada ou les soins urgents à recevoir à l'étranger. Elle l'est toutefois pour les soins hospitaliers et médicaux facultatifs fournis à l'étranger. Pour faire approuver le paiement, un médecin spécialiste compétent doit s'adresser à Santé Manitoba et Vie saine Manitoba.

Aucune modification législative se répercutant sur la transférabilité n'a été apportée à la *Loi* ou au *Règlement* au cours de l'exercice 2006-2007.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Santé Manitoba et Vie saine Manitoba veillent à ce que les soins médicaux soient assurés en toute équité et à ce que tous les Manitobains y aient un accès raisonnable. Entré en vigueur le 1er janvier 1999, le *Règlement sur les établissements chirurgicaux* (R.M. 222/98), pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*, empêche les établissements chirurgicaux privés d'imposer des frais supplémentaires pour les soins médicaux assurés.

En juillet 2001, la *Loi sur l'assurance-maladie*, la *Loi sur les cliniques privées* et la *Loi sur les hôpitaux* ont été modifiées pour favoriser et protéger l'accès du public au système de santé. Les modifications comprenaient :

- des changements aux définitions et à d'autres dispositions de manière à ce qu'aucune facturation ne puisse être présentée aux personnes qui reçoivent des services chirurgicaux assurés ou à toute autre personne en leur nom;
- des dispositions faisant en sorte qu'un établissement de chirurgie ne puisse effectuer d'interventions nécessitant un séjour de plus de 24 heures et fonctionner ainsi comme une clinique privée.

Le 10 février 2004, le Manitoba a inauguré officiellement le centre d'appels HealthLinks/Info Santé, qui venait d'être agrandi. Ce centre à l'avant-garde de

la technologie compte 35 stations et peut traiter 300 000 appels par année.

Les Manitobains peuvent maintenant avoir de l'information essentielle sur la santé et recevoir de l'aide, en 120 langues, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept.

La demande pour les services de Health Links/Info Santé augmente régulièrement depuis la création, en 1994, de ce centre qui ne comptait alors que six stations. Les Manitobains apprécient en effet ce service. En leur offrant cette source d'information, on allège la tâche dans d'autres secteurs du système, notamment les urgences.

L'enveloppe multigouvernementale du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires a fourni du financement pour la mise en œuvre d'un programme destiné aux patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive. Depuis novembre 2004, on évalue, dans le cadre de cette initiative de 17 mois, les avantages du recours aux lignes info-santé pour la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Tous les Manitobains ont accès aux services hospitaliers, dont les soins actifs, les traitements psychiatriques de longue durée, les soins de santé mentale, les soins palliatifs, les soins aux malades chroniques et l'évaluation des besoins à long terme/la réadaptation, ainsi qu'aux services des établissements de soins personnels. Le recours à l'hospitalisation a diminué au profit des services communautaires, des soins en consultation externe et des chirurgies d'un jour, qui sont aussi des services assurés.

L'effectif infirmier a connu une forte croissance à Winnipeg, mais a augmenté de façon plus graduelle en milieu rural et dans le nord. Cette croissance est surtout attribuable aux investissements consentis dans la formation. Ainsi, les places dans les programmes de soins infirmiers continuent d'être toutes occupées. Le Fonds pour le recrutement du personnel infirmier et le maintien des effectifs a aussi grandement contribué à accroître l'effectif d'infirmières au Manitoba grâce à des initiatives, comme une aide à la réinstallation, du financement pour la formation continue des infirmières, des subventions pour des projets spéciaux ainsi que le programme de subventions conditionnelles mis en œuvre pour encourager les nouvelles diplômées à travailler en milieu rural et dans le Nord du Manitoba (soit à l'extérieur de Winnipeg et de Brandon). En juin 2005, le *Règlement sur les infirmières ayant un champ de compétence élargi* est entré en vigueur; il autorise les infirmières inscrites au registre à assumer les tâches suivantes de manière autonome : prescrire des médicaments; demander des tests de dépistage et de diagnostic; effectuer des procédures chirurgicales et invasives mineures conformément à ce qui est indiqué au *Règlement*.

Le Manitoba compte également sur une vaste gamme d'autres professionnels de la santé. Un nouveau programme menant à un diplôme permettra d'atténuer les graves pénuries de sages-femmes – le programme d'études est complet – tout comme le fera un partenariat avec d'autres provinces et territoires portant sur l'élaboration d'un programme de préparation à l'emploi pour la profession de sage-femme. La pénurie de professionnels subsiste dans certains domaines faisant appel à la technologie, surtout dans les régions rurales et le Nord de la province. Dans certains domaines comme la radiologie médicale, la technologie de laboratoire médical et l'échographie, le manque de personnel demeure problématique, mais l'augmentation récente des possibilités de formation devrait avoir des résultats positifs bientôt.

Le Manitoba dispose de six appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui servent aux examens cliniques. Le premier a été installé en 1990 par la Fondation pour la recherche et l'Hôpital Saint-Boniface. À Winnipeg, il y a trois appareils d'IRM, dont un à l'Hôpital général de Saint-Boniface et deux au Centre des sciences de la santé. Un des appareils est utilisé dans le cadre d'une initiative concertée avec le Conseil national de recherches (CNR). Le sixième a été inauguré au Centre de santé de Brandon en juin 2004. Il s'agissait du seul

appareil à l'extérieur de Winnipeg. Le septième et plus récent appareil d'IRM a été mis en service à la Clinique Pan AM le 21 novembre 2005.

Le Manitoba compte 19 tomodensitomètres : 11 à Winnipeg, 8 dans des régions rurales de la province et un à Action cancer Manitoba. À Winnipeg, trois appareils se trouvent au Centre des sciences de la santé (dont un pour la pédiatrie), deux à l'Hôpital général de Saint-Boniface, un à chacun des établissements suivants : Victoria General Hospital; Centre de santé Misericordia; hôpitaux Seven Oaks, Grace et Concordia. Dans les zones rurales, les appareils sont répartis à travers la province, soit au Centre de santé régional de Dauphin, à l'Hôpital général de Thompson, au Centre de santé de Brandon, au Centre de santé de Boundary Trails, à l'Hôpital Bethesda, à The Pas Hospital et au Centre de santé régional de Selkirk. En outre, l'Hôpital général a acheté un appareil neuf, tandis que Brandon a remplacé un tomodensitomètre à 64 coupes. Dauphin a également remplacé un appareil à 16 coupes.

Il y a également 93 échographes au Manitoba. À Winnipeg, on en compte 69, tandis que les 24 autres appareils sont répartis dans les offices régionaux de la santé des régions rurales et nordiques.

En janvier 2007, le 15e programme communautaire pour le cancer (PCC) est entré en fonction à Pinawa. Les PCC sont des unités d'oncologie en consultation externe situées dans des hôpitaux ruraux de soins actifs; la mise en place de ces unités se fait sous la direction d'Action cancer Manitoba et avec le soutien de cet organisme. Les PCC offrent divers traitements, dont de la chimiothérapie pour les plupart des cancers ainsi que des soins de soutien et de suivi, et s'efforcent de minimiser les déplacements des patients à Winnipeg. Les professionnels de la santé ont reçu une formation en oncologie, notamment sur la préparation et l'administration des traitements de chimiothérapie.

Le Centre de traitement des maladies de la prostate est entré en service en octobre 2004. Il est situé au 3e étage du nouvel édifice d'Action cancer, au 675, avenue McDermott. À cet endroit, les Manitobains ont accès à des services diversifiés, comme l'évaluation clinique, la prestation de renseignements utiles à la prise de décisions, l'orientation vers des groupes de soutien pour les hommes atteints du cancer de la prostate et de l'information au sujet de la recherche sur les maladies de la prostate.

En octobre 2006, le dernier de sept laboratoires de cytologie du programme du réseau de laboratoires et d'assurance qualité des laboratoires relevant du registre de données sur le dépistage du cancer du col utérin, un registre central confidentiel, a commencé à soumettre des résultats par voie électronique. La fonction de suivi du registre assure un suivi avec des professionnels de la santé pour tout test de Papanicolaou présentant un résultat anormalement élevé et pour lequel aucune visite de suivi pour une colposcopie n'a été effectuée dans les trois mois suivant le test; cette fonction donne également des directives pour la mise à jour des fichiers du registre. Le Programme de dépistage du cancer du sein du Manitoba a pour mandat de s'assurer que les Manitobaines de 18 à 69 ans obtiennent des services de dépistage du cancer du col utérin organisés et de qualité.

Des fonds destinés à réduire les temps d'attente ont permis de pratiquer un plus grand nombre d'arthroplasties du genou et de la hanche à plusieurs établissements de Winnipeg, au Centre de santé régional de Brandon et au Centre de santé de Boundary Trails. Des cliniques de réadaptation ont également été établies à Winnipeg, à Brandon et à Boundary Trails pour rétablir au maximum la santé des patients qui attendent de subir une opération pour le remplacement du genou ou de la hanche, ce qui donne de meilleurs résultats sur le plan de la santé.

Un registre provincial central a été établi en 2006 pour toutes les chirurgies de remplacement d'articulations des membres inférieurs.

La Clinique Pan Am, créée en 1979, qui était autrefois une clinique de médecine sportive, est devenue un centre complet ayant pour spécialité les muscles

et le squelette. Cette clinique appartient à l'ORSW depuis le 1er septembre 2001. En mars 2006, on a ouvert une clinique pour les blessures légères chez les enfants en collaboration avec le programme de santé des enfants de l'ORSW.

La fusion du programme de chirurgie cardiaque à l'Hôpital général de St-Boniface s'est produite le 15 janvier 2007, conformément à ce qui était prévu suite à l'examen externe exhaustif de tout le programme de soins cardiaques en 2003.

Des opérations de la cataracte pour réduire les listes d'attente ont été ajoutées à la Clinique Pan Am de Winnipeg et au Centre de santé régional de Brandon.

En mars 2005, des mesures ont été prises pour accroître les services de chirurgie dentaire pédiatrique au Centre de santé Misericordia et ainsi réduire le temps d'attente. En plus, 200 chirurgies ont été ajoutées à l'Hôpital général de Thompson au début d'août 2005, et 200 autres chirurgies par année ont été ajoutées au Centre de chirurgie Maples à compter de janvier 2007.

Le Groupe de travail sur les soins d'urgence de l'ORSW a mis fin à ses activités en janvier 2006. Il avait été créé en janvier 2004. Pendant les deux années où il a été actif, il a élaboré un total de 46 recommandations pour améliorer à court et à long terme les soins d'urgence à Winnipeg, et défini des plans de mise en œuvre. Alors que certaines recommandations ont été adoptées intégralement, le travail se poursuit pour d'autres, car de nombreuses recommandations touchent des aspects systémiques. Des capacités diagnostiques accrues, une meilleure formation du personnel de salle d'urgence, le réaménagement des aires physiques et un meilleur soutien en matière de TI font l'objet des principales recommandations.

En réaction aux problèmes continus de prestation de services médicaux d'urgence et reconnaissant que les solutions fondées sur le système seraient les plus efficaces pour régler ces mêmes problèmes, Santé Manitoba et Vie saine Manitoba, en collaboration avec les offices régionaux de la santé et les médecins des services d'urgence, ont mené un examen des services d'urgence à travers la province. Ils ont terminé l'examen en novembre 2006. À la suite de cette initiative, des stratégies autant à court terme, à moyen terme qu'à long terme ont été élaborées pour apporter des changements au système. Les stratégies comprennent notamment ce qui suit : des occasions de formation plus poussée pour les médecins de cette spécialité; l'établissement d'outils de soutien du système pour les services d'urgence, entre autres pour les diagnostics, la santé mentale et les services paramédicaux.

Le Groupe de travail sur les temps d'attente a été établi en 2006 pour améliorer l'accès à des soins de qualité et réduire les temps d'attente. La stratégie de réduction des temps d'attente vise cinq domaines prioritaires déterminés par les premiers ministres dans leur plan décennal pour renforcer les soins de santé, qui sont les suivants : cancer, cardiologie, imagerie diagnostique, arthroplastie et restauration de la vue. En plus, le Manitoba cible quatre autres domaines prioritaires : chirurgie dentaire pédiatrique, programmes de santé mentale, prise en charge de la douleur et traitement des troubles du sommeil.

En janvier 2007, la Clinique Pan Am a ouvert une clinique satellite antidouleur dans ses locaux, à Winnipeg, pour répondre aux besoins et réduire les temps d'attente en matière de services de gestion de la douleur.

Santé Manitoba et Vie saine Manitoba a annoncé, en février 2007, un plan pour fournir un accès accru à l'examen et au traitement des troubles du sommeil au moyen d'un processus d'administration et d'aiguillage centralisé, et de l'expansion du programme d'examen du sommeil.

Un plan a été établi, de concert avec les praticiens et les parties prenantes, pour : augmenter le nombre d'interventions chirurgicales et d'actes médicaux; investir dans les ressources humaines, la technologie

et les équipements; mettre à la disposition des offices régionaux de la santé de nouveaux outils et de nouvelles ressources pour la gestion des listes d'attente.

Le Groupe de travail sur les temps d'attente a formé le *Manitoba Patient Access Network*, qui a pour tâche de créer de nouvelles approches pour la navigation des patients dans le système grâce à une meilleure intégration et à une meilleure coordination du système, d'améliorer l'accès des patients aux services et d'assurer la durabilité des initiatives.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 2006-2007, Santé Manitoba et Vie saine Manitoba ont continué d'appuyer des initiatives axées sur l'amélioration de l'accès aux soins médicaux dans les régions rurales et du Nord de la province, dont un processus concerté, mis en œuvre à l'automne 2005, pour aider les offices régionaux de la santé à recruter des médecins formés à l'étranger. Ce processus concerté, administré par le Physician Resource Coordination Office (PRCO), permettra d'éviter les chevauchements et fera connaître aux candidats médecins les perspectives de travail au Manitoba.

La province appuie de nombreuses initiatives visant à recruter des médecins et à les garder en poste. Certaines initiatives aident les diplômés à l'étranger qui satisfont aux exigences à joindre les rangs des médecins exerçant au Canada; une initiative offre une formation menant à l'obtention d'un permis d'exercer, et une autre offre une évaluation menant à un tel permis. Avec le programme de formation, ces médecins formés à l'étranger peuvent ainsi obtenir un permis d'exercice de la médecine familiale assorti de conditions, dont celle de travailler sur le territoire d'un office régional de la santé en milieu rural qui les parraine. Les candidats admissibles peuvent commencer une année de résidence semblable à la résidence en médecine familiale; s'ils réussissent cette formation, ils peuvent obtenir un permis d'exercice conditionnel les autorisant à fournir des soins primaires dans une communauté rurale ou nordique du Manitoba. La nouvelle évaluation menant à l'obtention d'un permis d'exercice a été mise en place à l'automne 2006. Les candidats admissibles doivent passer une entrevue de sélection, suivre une séance d'orientation, passer une évaluation de trois jours sur la pratique familiale et subir une évaluation de trois mois sur la pratique clinique. Si les candidats réussissent l'évaluation, la délivrance d'un permis d'exercice conditionnel peut être recommandée; au début de leur pratique, les candidats sont jumelés à un médecin mentor pour un minimum de 12 mois. Une autre initiative a pour but de faciliter l'évaluation des médecins qui exerceront dans une spécialité seulement. Ce programme permet d'organiser et de faciliter des évaluations cliniques pour que les médecins formés à l'étranger puissent répondre aux critères d'admission à la pratique du Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba.

Le nombre de médecins inscrits au tableau du Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba continue d'augmenter. Le Manitoba a continué d'accorder aux étudiants et aux résidents une aide financière, instituée en 2001, visant à encourager les diplômés à demeurer dans cette province pour y exercer leur profession. En échange de l'aide financière reçue, l'étudiant ou le résident accepte de travailler au Manitoba pendant une période de temps donnée lorsqu'il aura obtenu son diplôme. En 2005, l'option d'aide à l'établissement du Programme d'aide financière aux étudiants et résidents en médecine a été améliorée de manière à offrir deux subventions de 50 000 $ chacune aux médecins qui suivent une nouvelle formation dans une spécialité où il existe un besoin critique dans la province, comme la médecine d'urgence ou l'anesthésie. En plus, cinq subventions de 15 000 $ chacune ont été mises à la disposition des médecins de famille qui travaillaient en milieu urbain, et cinq subventions de 25 000 $ chacune, à des médecins de famille établis dans une région rurale ou dans le Nord de la province, sous réserve de certains critères d'admissibilité. Depuis

2001 et encore en 2006, le Manitoba favorise l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine, si bien que le nombre d'inscriptions en première année cet automne a atteint 101.

Le réseau de télésanté du Manitoba, sous le leadership de l'Office régional de la santé de Winnipeg, a instauré l'infrastructure permettant de relier 23 sites de télésanté de la province. Grâce à ce lien moderne de télécommunications, les patients peuvent consulter des spécialistes, et les médecins, se consulter entre eux, tout en évitant les frais et les inconvénients associés aux voyages entre le Nord de la province et Winnipeg. En septembre 2002, Santé Manitoba et Vie saine Manitoba ont lancé le nouveau site de télésanté du Manitoba à l'Hôpital général de Saint-Boniface, qui relie officiellement les spécialistes aux patients et à leurs collègues à l'échelle de la province.

5.4 Rémunération des médecins et des dentistes

Le Manitoba continue d'employer les modes de paiement suivants pour ses médecins : paiement à l'acte, salaire, paiement à la vacation ou association de divers modes de paiement.

La *Loi sur l'assurance-maladie* régit la rémunération des médecins pour les services assurés. Aucune modification touchant la rémunération des médecins n'a été apportée à la *Loi sur l'assurance-maladie* en 2006-2007.

Le paiement à l'acte reste le plus courant. Toutefois, les autres modes de paiement représentent une part importante de la rémunération totale des médecins du Manitoba. Chez les médecins rémunérés autrement, il y a les salariés (dans une relation employeur-employé) et les travailleurs autonomes à contrat. Le Manitoba associe également divers modes de paiement pour combler les écarts en ce qui concerne les honoraires des médecins payés à l'acte dont le revenu n'est pas concurrentiel, mais dont les services demeurent essentiels. En outre, les médecins peuvent recevoir les paiements à la vacation pour dispenser des soins médicaux, de même que des allocations lorsqu'ils sont de garde.

En règle générale, les représentants de l'Association médicale du Manitoba et de Santé Manitoba et Vie saine Manitoba négocient un accord concernant la rémunération des médecins.

L'entente du 27 juin 2005, en vigueur du 1er avril 2005 au 31 mars 2008, reconduit les modalités de l'accord d'arbitrage du 2 juin 2002 (subséquemment enchâssé dans l'accord entre l'AMM ainsi que Santé Manitoba et Vie saine Manitoba pour 2003-2005), soit :

- la continuation d'un fonds pour le maintien en poste des médecins (cinq millions de dollars par année pendant la durée de l'Accord et de l'accord subséquent);
- le maintien du fonds pour l'assurance responsabilité professionnelle (cinq millions de dollars par année pour les années civiles de 2006 à 2011);
- le maintien du fonds destiné à la formation continue en médecine (deux millions de dollars par année pour les années civiles de 2006 à 2011);
- la continuation d'un fonds de prestations de maternité et de congés parentaux (un million de dollars par année pour les années civiles de 2005 à 2011);
- la création d'un mécanisme pour entreprendre une procédure d'arbitrage respectivement à un accord subséquent, moyennant l'envoi d'un avis par l'une ou l'autre des parties au plus tard le 1er janvier 2007;
- les médecins visés par l'Accord conviennent de ne pas faire d'arrêt de travail, de ne pas réduire leurs services et de continuer à offrir leurs services sans interruption;
- le maintien de la procédure de règlement des griefs par arbitrage, telle qu'elle est définie dans l'accord conclu entre les parties relativement au paiement à l'acte le 8 mars 1994.

Voici les faits saillants du règlement négocié conclu le 27 juin 2005 :

- une période de validité de trois ans allant du 1er avril 2005 au 31 mars 2008;
- une augmentation générale de 7,5 p. 100 (non composée) du barème de prestations applicable au paiement à l'acte, et aux autres modes de rémunération;
  - 2,5 p. 100 à compter du 1er avril 2005;
  - 2,5 p. 100 à compter du 1er avril 2006;
  - 2,5 p. 100 à compter du 1er avril 2007;
- 10 millions de dollars supplémentaires ont été appliqués au barème des prestations grâce à un fonds de consolidation, et 5,5 millions de dollars de plus ont été appliqués au règlement de questions de rémunération à l'acte en suspens grâce au fonds de traitement des questions exceptionnelles;
- 5 millions de dollars de plus ont été appliqués à des contrats prévoyant d'autres modes de rémunération grâce au fonds de consolidation pour les autres modes de rémunération;
- l'extension des prestations parentales et de maternité à tous les médecins du Manitoba, y compris les internes et les résidents;
- une hausse des mesures incitant les omnipraticiens à offrir une gamme complète de soins et à conserver leurs droits hospitaliers;
- des augmentations du tarif applicable aux médecins rémunérés selon un autre mode de rémunération, de l'ordre de 2,5 p. 100 à compter du 1er avril 2005, de 2,5 p. 100 à compter du 1er avril 2006 et de 2,5 p. 100 à compter du 1er avril 2007 (non composées) ont également été appliquées en plus des augmentations prévues pour la rémunération à l'acte.

5.5 Paiements aux hôpitaux

La section 3.1 de la Partie 4 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé* renferme les dispositions concernant les accords d'exploitation entre les offices régionaux de la santé et les exploitants d'hôpitaux et de foyers de soins personnels, qui sont des « personnes morales dispensant des soins de santé » au sens de la *Loi*.

Aux termes de ces dispositions, les offices régionaux de la santé ne peuvent fournir de fonds de fonctionnement à une personne morale dispensant des soins de santé en l'absence d'accord écrit prévoyant les services de santé devant être fournis par la personne morale ou son entremise, les fonds devant être fournis par l'office pour les services de santé, la durée de l'accord ainsi qu'un processus de règlement des litiges et les recours en cas de contravention à l'accord. Si les parties ne peuvent parvenir à un accord, la *Loi* les autorise à demander au ministre de la Santé de nommer un médiateur pour les aider à régler les questions en litige. Si la médiation est infructueuse, le ministre peut régler la ou les questions en litige. La décision du ministre est alors exécutoire pour les parties.

Trois offices régionaux de la santé ont des hôpitaux dirigés par des personnes morales dans les régions qu'ils desservent. Les offices ont conclu les accords nécessaires avec les personnes morales. Ces accords permettent à l'office de déterminer le financement qui sera accordé en se fondant sur des données objectives, des pratiques exemplaires et les critères qui s'appliquent normalement pour des établissements comparables. Dans toutes les autres régions, les hôpitaux sont dirigés en vertu de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*. L'article 23 de la *Loi* exige que les offices affectent leurs ressources conformément au plan de santé régional approuvé.

Santé Manitoba et Vie saine Manitoba doivent approuver l'affectation des ressources par les offices régionaux de la santé, dans le cadre de l'approbation des plans sanitaires régionaux de ces offices. Les

plans sanitaires doivent être approuvés par le ministre, conformément à l'article 24 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*. Les ressources doivent également, aux termes de l'article 23, être affectées en conformité avec le plan sanitaire régional approuvé.

Aux termes de l'alinéa 50(2.1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, les sommes au titre des paiements du Régime d'assurance-maladie du Manitoba pour les soins hospitaliers assurés doivent être versées aux offices régionaux de la santé. Si l'office régional de la santé n'assure pas le fonctionnement de l'hôpital, il doit verser l'argent à l'hôpital, en conformité avec tout accord conclu entre lui et la personne chargée du fonctionnement de l'hôpital.

Aucune modification législative se répercutant sur les paiements aux hôpitaux n'a été apportée à la *Loi* ou au *Règlement* au cours de l'exercice 2006-2007.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Dans les documents officiels, le Manitoba reconnaît systématiquement les contributions versées par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS). Les transferts fédéraux sont indiqués dans le document sur les prévisions en matière de dépenses et sur les revenus (budget du Manitoba) et dans les Comptes publics du Manitoba. Les deux documents sont publiés sur une base annuelle par le gouvernement du Manitoba. De plus, Santé Manitoba et Vie saine Manitoba font état de la contribution fédérale provenant du Plan décennal pour consolider les soins de santé des premiers ministres (Accord sur la santé de 2004 – Fonds pour la réduction des temps d'attente) dans des lettres de financement destinées aux offices régionaux de la santé et à d'autres organisations qui exécutent des programmes grâce à ce financement.

7.0 Services complémentaires de santé

Le Manitoba a mis sur pied des programmes de services communautaires offrant ainsi une solution de rechange satisfaisante aux soins hospitaliers. Ces programmes, décrits ci-après, sont financés par Santé Manitoba et Vie saine Manitoba, par l'intermédiaire des offices régionaux de la santé.

Foyers de soins personnels : Les services de soins personnels assurés sont fournis conformément au *Règlement sur l'assurance relative aux services de soins personnels* et l'administration des foyers de soins personnels pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*. En 2005, le *Règlement sur les normes applicables aux foyers de soins personnels* a été pris en application de cette même loi. Il prévoit des normes de sécurité et de qualité des soins auxquelles l'exploitant doit satisfaire pour que le foyer soit agréé. L'agrément des foyers, privés ou non, est délivré par Santé Manitoba et Vie saine Manitoba. Les foyers de soins personnels font l'objet d'une visite tous les deux ans dans le but de vérifier les progrès par rapport aux normes relatives aux foyers de soins personnels. Les résidents de ces foyers payent des frais d'hébergement, tandis que Santé Manitoba et Vie saine Manitoba couvrent les frais à l'égard des soins, par l'intermédiaire des offices régionaux de la santé. En 2006-2007, les dépenses de fonctionnement totales de Santé Manitoba et Vie saine Manitoba se sont chiffrées à 450 638 599 $. Ce financement a été consacré à la prestation de soins personnels assurés dans un total de 9 832 lits de soins personnels et de 177 lits de soins de longue durée, de 30 lits de soins palliatifs et de 149 lits de réadaptation. Un foyer de soins personnels doté de 35 lits de soins personnels qui dessert le nord a ouvert ses portes; il compte cinq lits réservés à la prise en charge comportementale d'adultes ayant subi un traumatisme crânien. Santé Manitoba et Vie saine Manitoba ont de plus investi 26 284 000 $

dans des projets approuvés d'immobilisations et d'accroissement de la sûreté et de la sécurité.

Services de soins à domicile : Le programme de soins à domicile du Manitoba est le plus ancien programme provincial complet du genre au Canada. Accessible à tous, il a pour but : de fournir des services de santé communautaire efficaces, fiables et adaptés, favorisant l'autonomie de la personne; d'élaborer des options quant aux moyens d'assurer le maintien dans la communauté; de faciliter l'admission en établissement quand le maintien à domicile n'est plus possible. Les services de soins à domicile sont offerts par les bureaux locaux des offices régionaux de la santé. Ils sont diversifiés, et fournis sur la base d'une évaluation multidisciplinaire des besoins particuliers. Les coordonnateurs de cas du secteur des soins à domicile font des évaluations et dressent des plans de traitement individuels, prévoyant la gestion des soins par le client ou la famille. Les services offerts sont l'aide aux soins personnels, l'entretien ménager, les soins de santé professionnels, les services de répit pour la famille fournis à domicile, les services de répit en établissement, certaines fournitures et certains appareils, l'accès à des programmes de jour pour les adultes ou encore l'accès à des services d'aide aux aînés qui assurent la coordination des programmes de bénévoles et de repas collectifs, du transport, des systèmes d'intervention d'urgence et d'autres activités favorisant l'autonomie et le maintien dans la communauté.

Services en santé mentale et en toxicomanie : Les offices régionaux de la santé offrent des services communautaires en santé mentale aux malades hospitalisés et en consultation externe. Il y a par contre une exception : Santé Manitoba et Vie saine Manitoba financent et fournissent une auto-assistance en santé mentale et les services du centre provincial de santé mentale. Les travailleurs communautaires en santé mentale effectuent des évaluations, planifient les services, offrent des services de consultation à court terme, planifient l'étape de la réadaptation et de la récupération, font des interventions de crise et fournissent des services de consultation et, dans certains cas, d'éducation communautaires. Certaines régions comptent divers programmes d'interventions intensives et de soutien, comme la gestion des cas graves, le soutien en milieu de travail, le logement subventionné, les équipes du Programme de suivi intensif dans la communauté et le service de prévention et de traitement précoces de la psychose.

Les services et le soutien en toxicomanie sont fournis par des agences financées par le gouvernement provincial. Ce sont notamment la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, la Behavioural Health Foundation, l'Armée du Salut – Anchorage, le Native Addictions Council of Manitoba, Tamarack, le Centre Laurel, Esther House, Addictions Recovery Inc., Youth Centralized Intake et Youth Stabilization and Outreach. Ces organismes s'emploient à réduire les méfaits de l'alcool et des autres drogues. Les programmes sont axés sur la sensibilisation, la prévention, la réadaptation et les mesures de suivi, comme les maisons de seconde étape. En plus des organismes financés par la province, l'Office régional de la santé de Winnipeg finance deux programmes de désintoxication, tandis que l'Office régional de la santé de Norman finance un centre de traitement en établissement pour adultes.

Soins de santé primaires : Une des priorités stratégiques de Santé Manitoba est la nécessité de s'attaquer au renouvellement des soins de santé primaires. Pour les prochaines années, les buts à atteindre sont les suivants :

- un meilleur accès aux services de soins primaires;
- l'établissement d'équipes de collaboration multidisciplinaire;
- la création de liens plus solides entre les différents niveaux de soins;
- le renforcement des compétences dans les domaines de l'amélioration de la qualité et du leadership;
- l'accès à des systèmes d'information et l'utilisation de tels systèmes;
- un meilleur environnement de travail pour tous les fournisseurs de soins primaires;

- la prestation de soins de grande qualité axés précisément sur la gestion des maladies chroniques.

Afin d'atteindre ces objectifs, des travaux ont été accomplis dans les domaines suivants :

Deux ateliers de sensibilisation sur l'Accès amélioré ont été donnés pour renseigner les médecins de premier recours et les membres de leur équipe au sujet de l'Accès amélioré et des avantages que ce concept représente. Ces ateliers ont donné de bons résultats puisque la majorité des participants ont souligné qu'ils voulaient en apprendre davantage. Des plans sont en cours pour travailler avec des cliniques engagées dans la mise en place et la diffusion de l'Accès amélioré à l'intérieur de la province.

Deux Instituts de gestion médicale (IGM), établis et parrainés par l'Association médicale canadienne, ont été organisés par la Direction des soins de santé primaires; environ 40 médecins ont pris part à chacune de ces activités.

Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires a donné de nombreuses leçons sur l'établissement et le fonctionnement efficace des équipes interdisciplinaires. Il est essentiel de s'assurer que les praticiens sont préparés et qu'ils sont prêts à travailler en équipe. Des ateliers de facilitation ont été présentés à du personnel des régions afin que les gestionnaires d'équipes disposent des compétences et des outils leur permettant de faciliter la création d'équipes hautement performantes. On travaille à l'élaboration d'un plan directeur ou d'un cadre qui permettra d'examiner la mise en place, à l'échelle provinciale, d'équipes de collaboration interprofessionnelles.

Le comité directeur sur les systèmes d'information en matière de soins primaires a été formé dans le but d'orienter les praticiens qui choisissent les systèmes de soins primaires, d'éliminer les obstacles à l'adoption de systèmes de soins primaires ainsi que de réduire les coûts et d'améliorer la gestion du système de soins primaires et de l'interopérabilité du DSE. Des travaux sont en cours.

Une autre stratégie consiste à créer un réseau intégré de médecins (RIM). Elle est déployée sous la conduite d'un comité consultatif qui compte des représentants de l'Université du Manitoba, des collèges des infirmières autorisées et des médecins et chirurgiens du Manitoba, de l'Association médicale du Manitoba, des offices régionaux de la santé de Winnipeg et d'Assiniboine et d'autres intervenants au niveau des soins primaires.

L'initiative des réseaux intégrés de médecins est centrée sur la mobilisation de groupes de médecins rémunérés à l'acte. Ses objectifs sont d'améliorer l'accès aux soins primaires, l'accessibilité et l'utilisation des systèmes d'information par les prestataires de soins primaires ainsi que le milieu de travail pour tous les prestataires de soins primaires, et aussi de démontrer des soins de haute qualité, particulièrement pour la prise en charge des maladies chroniques.

Dans le cadre de l'initiative de RIM, trois cliniques – Agassiz (Morden), Wiebe (Winkler) et Assiniboine (Winnipeg) – ont été désignées sites de projet pilote pour la réalisation de changements au niveau des pratiques; elles sont rémunérées en fonction d'objectifs de qualité. Une clinique (Steinbach) fournira des données sur les mêmes indicateurs de qualité à titre de site témoin.

Les quatre cliniques possèdent déjà un système de DSE. Cependant, il s'avère nécessaire d'apporter des changements au système et à son utilisation pour fournir les données requises. Chaque clinique doit fournir des éléments livrables touchant la gestion de l'information, dont les éléments suivants : des définitions détaillées des indicateurs, les caractéristiques des dossiers d'extrait, les caractéristiques des rapports, les extraits et les rapports mis à l'essai, les procédures de saisie des données et la formation.

L'initiative de RIM présente une caractéristique unique : l'établissement d'un financement incitatif basé sur la qualité (FIBQ). L'idée du FIBQ découlait du désir des médecins de famille et des bailleurs de fonds de stabiliser le financement tout en favorisant

la prestation de soins primaires de qualité. L'initiative de RIM se penche sur cette question en examinant le financement réuni (soit la rémunération à l'acte combinée au FIBQ). Le FIBQ du RIM est lié au rendement pour certains indicateurs du processus clinique.

Voici une autre initiative favorisant le renouvellement des soins primaires : appuyer l'intégration des infirmières praticiennes dans le milieu des soins primaires en vue d'améliorer l'accès aux services de soins primaires et de faciliter la création d'équipes multidisciplinaires. Le *Règlement sur les infirmières ayant un champ de compétence élargi* a été adopté en 2005; à la fin de 2006, 32 infirmières étaient inscrites. La plupart d'entre elles travaillent dans des milieux de soins primaires. Une infirmière praticienne est une infirmière autorisée possédant une formation supplémentaire en évaluations de santé ainsi qu'en diagnostic et en prise en charge des maladies et des blessures. En plus des services que l'infirmière autorisée peut déjà fournir, elle peut prescrire des médicaments, demander et gérer les résultats de tests de diagnostic et de dépistage et réaliser des procédures chirurgicales et invasives mineures. Santé Manitoba et Vie saine Manitoba travaillent avec les offices régionaux de la santé pour créer de nouveaux postes d'infirmières praticiennes, offrir une bourse aux personnes inscrites dans le programme d'études menant au titre d'infirmière praticienne et donner une forme de soutien afin de réussir l'intégration de cette nouvelle profession praticienne.

Le Manitoba a intégré, réglementé et financé les services de sage-femme en 2000. Les sages-femmes fournissent des soins primaires aux femmes et aux nouveau-nés, y compris des soins gynécologiques. La province assure le financement des services de sage-femme pour six des onze offices régionaux de la santé. Un peu plus de la moitié des services de sage-femme sont offerts à l'extérieur de la région de Winnipeg, notamment dans des communautés rurales, nordiques et éloignées. Dans certaines communautés rurales et nordiques, les sages-femmes prennent en charge jusqu'à 30 p. 100 des naissances; à l'échelle provinciale, cela représente 5 p. 100 des naissances. Des services de naissance à domicile sont donnés à 20 p. 100 des clients de sages-femmes, soit 1 p. 100 des naissances au niveau provincial. Ce service se concentre sur des populations prioritaires, qui représentent plus de 65 p. 100 de la clientèle des sages-femmes, comme les personnes à risque telles que les consommateurs d'alcool et de drogues. Le programme, qui fournit des soins communautaires complets, a permis de considérablement réduire les taux de naissances prématurées et de poids de naissance trop élevés ou trop bas. On tente de régler les importants besoins en ressources humaines (sages-femmes) au moyen d'un nouveau programme de baccalauréat en sage-femmerie (sage-femmerie autochtone), à l'University College of the North, et d'un processus de collaboration avec d'autres administrations visant à élaborer un programme de transition pour les sages-femmes formées à l'étranger.

Personnes inscrites					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
1. Nombre total de personnes inscrites en date du 1er juin (#) [2]	1 156 217	1 159 784	1 169 667	1 173 815	1 178 457

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	92	92	98 [3]	98 [3]	95 [3]
b. soins chroniques	5	5	3 [4]	3 [4]	2 [4]
c. soins de réadaptation	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	2 [4]
d. autres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1 [5]
e. total	97	97	98	98	97
3. Paiement des services de santé assurés ($) :					
a. soins actifs	1 148 652 940	1 220 253 362	1 400 448 441	1 488 094 835	1 515 237 203
b. soins chroniques	107 840 132	117 642 127	96 364 992	71 117 677	75 250 507
c. soins de réadaptation	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
d. autres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
e. total	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Établissements privés à but lucratif	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	1	1	1	1	1
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	1	1	1	1	1
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	s.o.	1 252 657	1 290 989	1 305 132	1 292 830
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	s.o.	1 252 657	1 290 989	1 305 132	1 292 830

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	2 714	2 928	3 036	2 995	2 806
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	12 918 117	16 290 426	15 393 378	19 153 208	19 431 036
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	26 059	31 100	24 057	29 685	30 357
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	3 783 059	4 369 889	3 896 789	5 670 133	6 306 240
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	569	418	540	589	589
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	1 847 910	1 348 148	1 085 650	1 455 908	1 294 963
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	6 025	6 069	6 170	6 690	7 673
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	914 251	1 216 073	1 112 466	1 325 062	1 695 844

2. Les informations démographiques sont fondées sur les dossiers des résidents inscrits au régime d'assurance-maladie du Manitoba en date du 1er juin.

3. Les 95 établissements de soins actifs qui présentent des rapports comprennent 22 postes de soins infirmiers et 2 hôpitaux fédéraux.

4. Un établissement de soins actifs a obtenu un numéro d'établissement de réadaptation, soit Riverview Health Centre. Deer Lodge ne présente plus de rapport en tant qu'établissement de soins actifs; cet établissement est donc compté seulement en tant qu'établissement de soins de réadaptation et de soins chroniques.

5. Manitoba Adolescent Treatment Centre

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	954	959	979	981	971
b. spécialistes	1 010	980	1 008	1 035	997
c. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. total	1 964	1 939	1 987	2 016	1 968
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0
b. spécialistes	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0
c. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0
d. total	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	0
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
b. spécialistes	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. total	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. paiements totaux ($)	521 611 200	559 271 513	601 240 469	653 290 519	700 465 401
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	15 940 720	16 268 844	16 578 401	17 466 368	16 794 320
b. paiements totaux ($)	365 794 499	384 547 781	415 749 772	442 485 124	438 813 332

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
19. Nombre de services (#)	212 795	210 294	209 152	228 090	248 900
20. Paiements totaux ($)	7 691 159	7 579 028	8 109 229	8 966 703	9 997 409
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	5 826	5 324	5 714	6 138	6 486
22. Paiements totaux ($)	607 066	519 782	426 937	608 524	541 403

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
23. Nombre de dentistes participants (#)	116	102	114	115	122
24. Nombre de services fournis (#)	3 455	3 498	3 774	3 863	4 205
25. Paiements totaux ($)	714 590	750 122	875 657	936 091	984 621

Saskatchewan

Introduction

En 2006-2007, Santé Saskatchewan a continué de s'inspirer de *The Action Plan for Saskatchewan Health Care*. Le gouvernement de la Saskatchewan s'est engagé à solidifier le système de santé de la province, à recruter et à conserver des fournisseurs de soins de santé, à donner accès en temps opportun à des services de qualité et à faire la planification de manière à assurer la durabilité d'un système de santé qui doit composer avec une demande de plus en plus forte.

Le Plan d'action dresse un portrait précis des priorités et des projets du gouvernement concernant le système de santé. On peut se le procurer à l'adresse www.health.gov.sk.ca.

Les exemples qui suivent illustrent les principales réalisations de Santé Saskatchewan au cours de l'exercice financier 2006-2007.

Des projets d'infrastructure sont en cours. On planifie notamment la construction du centre pour le traitement du diabète Muskeg Lake Cree Nation et d'un laboratoire provincial de lutte contre la maladie au Regina Research Park. De plus, on a terminé en avril 2007 la construction du Cypress Regional Hospital, un hôpital régional de 89 lits situé à Swift Current. Les travaux de construction de l'établissement d'utilisation mixte de l'Île-à-la-Crosse se sont poursuivis; on y trouvera 11 chambres pour les patients hospitalisés, 17 salles de soins de longue durée, des espaces communautaires reliés à une école secondaire et à un centre de jour, et des services communautaires y seront dispensés.

Santé Saskatchewan a collaboré avec ses nombreux partenaires pour dresser un plan concernant les services de santé mentale pour les enfants, comme le recommandait le protecteur des enfants. Plusieurs éléments du plan ont déjà été réalisés, notamment :

- rédaction et distribution d'un livret sur la dépression et le suicide chez les jeunes, et préparation d'une brochure présentant le plan de services de santé mentale destinés aux enfants;
- postes comblés, comme le poste de psychologue pour la consultation à distance pour le sud de la Saskatchewan; trois postes de travailleurs sociaux/psychologues pour les services thérapeutiques familiaux dispensés en établissement pour les jeunes de Moose Jaw, Prince Albert et Lloydminster souffrant de troubles mentaux; le poste de travailleur social chargé des services de santé mentale destinés aux enfants de la région de Melfort, Nipawin et Tisdale;
- services supplémentaires de sensibilisation communautaire au sujet de la santé mentale et services de répit.

On continue à se pencher sur les possibilités de prévention et de traitement de la toxicomanie chez les jeunes et leurs familles. La *Youth Drug Detoxification and Stabilization Act* a été adoptée le 1er avril 2006. Six lits temporaires ont été ouverts au Secure Youth Detoxification Centre de Regina. Des services d'action sociale et des services connexes relatifs à la *Loi* sont mis en œuvre pour les jeunes dans chacune des 12 régies régionales de la santé et dans celle d'Athabasca. Enfin, des services mobiles de traitement sont offerts dans les collectivités du nord de la Saskatchewan.

Santé Saskatchewan accorde toujours une grande importance à la réduction du temps d'attente pour les services de diagnostic et de chirurgie et veille toujours à ce que les patients obtiennent les meilleurs résultats possibles.

Un nouveau système d'information radiologique et d'archivage et transmission de radiographies permettra aux établissements de santé de programmer le travail,

d'enregistrer les images numériques et de les transmettre rapidement d'un établissement à l'autre. Ainsi, les dispensateurs de soins autorisés pourront consulter les radiographies sans avoir à déplacer les patients. Le système permettra de réduire à la fois les coûts et les délais, et les patients en profiteront autant que le système de santé. Les régies régionales de la santé de Saskatoon et de Regina Qu'Appelle seront les premières à utiliser le système d'information radiologique, et les régions de taille moyenne les suivront.

Entre le 31 mars 2006 et le 31 mars 2007, le nombre de patients en attente d'une chirurgie dans les sept plus grandes régies régionales de la santé de la Saskatchewan a chuté de plus de 2 600, et le nombre de personnes en attente d'une chirurgie depuis plus de un an a diminué de plus de 1 200.

Working Together: Saskatchewan's Health Workforce Action Plan (plan d'action de la Saskatchewan concernant l'effectif dans le domaine de la santé), publié en décembre 2005, dresse un plan visant à améliorer les soins de santé en Saskatchewan en attirant et en maintenant en poste des professionnels des soins de santé. Le recrutement et le maintien en poste de nos professionnels de la santé demeurent une grande priorité. Un fonds de 25 M$ consacré au recrutement et à la conservation a été créé en septembre 2006 – une initiative triennale visant à recruter et à maintenir en poste les professionnels de la santé en Saskatchewan. On a mis sur pied un comité directeur chargé de l'effectif du domaine de la santé (Provincial Health Workforce Steering Committee) et un comité provincial des soins infirmiers (Provincial Nursing Committee); ces comités joueront un rôle consultatif pour la création, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes de recrutement et de maintien en poste du personnel. Le fonds comprend une somme de six millions de dollars destinée à un programme de subventions pour le déménagement et le recrutement; ce programme a été conçu pour inciter les fournisseurs de soins de santé à s'installer en Saskatchewan et à travailler dans des régions rurales ou nordiques, et à occuper des postes pour lesquels le recrutement est particulièrement difficile. Le fonds comprend aussi une autre somme de six millions de dollars destinée à un programme de subventions pour le maintien en poste du personnel, programme qui vise à garder les professionnels de la santé en Saskatchewan. De plus, Santé Saskatchewan a créé une agence provinciale de recrutement, dont le site Web se trouve à l'adresse www.HealthCareersinSask.ca.

Le mandat de Santé Saskatchewan consiste à aider la population de la province à atteindre le meilleur état de santé et de bien-être possible. Pour ce faire, le Ministère établit une orientation stratégique, définit des normes et en surveille l'application, procure des fonds, appuie les régies régionales de la santé et veille à ce que les services essentiels et appropriés soient offerts aux résidants de la Saskatchewan.

En 2006-2007, le gouvernement consacrait 3,189 milliards de dollars à la santé. Cela représente une hausse de 10,2 p. 100, soit 295,6 millions de dollars de plus que l'année précédente.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le gouvernement provincial est responsable du financement des services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés en Saskatchewan et il doit en assurer la prestation. L'article 6.1 de la *Department of Health Act* autorise le ministre de la Santé à poser les actes suivants :

- payer en tout ou en partie le coût associé à la prestation des services de santé pour toutes les personnes ou classes de personnes pouvant être désignées par le lieutenant gouverneur en conseil;
- accorder des octrois, des prêts ou des subventions aux régies régionales de la santé, aux organismes de soins de santé ou aux municipalités pour qu'ils

assurent la prestation et le fonctionnement des services de santé ou des services de santé publique;

- payer en tout ou en partie les frais associés à la prestation des services de santé dans toute région sanitaire ou partie de région sanitaire où le ministre juge ces services nécessaires;
- accorder des octrois ou des subventions à tout organisme de santé, selon que le ministre le juge nécessaire;
- accorder des octrois ou des subventions pour stimuler et favoriser la recherche en santé publique et la réalisation d'enquêtes et d'études dans ce domaine.

Les articles 8 et 9 de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* donnent au ministre de la Santé le pouvoir d'établir et d'administrer un régime d'assurance-santé pour les habitants de la province. La *Regional Health Services Act* porte création des 12 régies régionales de la santé, en remplacement des 32 conseils de district de santé.

Les articles 3 et 9 de la *Cancer Agency Act* portent création de la Saskatchewan Cancer Agency, et confèrent à cet organisme le mandat de coordonner un programme de diagnostic, de prévention et de traitement du cancer.

Les mandats du ministère de la Santé, des régies régionales de la santé et de la Saskatchewan Cancer Agency pour 2006-2007 sont définis dans la *Department of Health Act*, la Regional *Health Services Act* et la *Cancer Agency Act*.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé répond directement de sa gestion au ministre de la Santé, à qui il doit périodiquement présenter des rapports sur l'allocation et l'administration des fonds dédiés aux services médicaux, hospitaliers et de chirurgie dentaire assurés.

Aux termes de L'article 36 du *Medical Care Insurance Act*, le ministre de la Santé doit soumettre un rapport annuel sur le régime d'assurance-santé à l'Assemblée législative.

La *Regional Health Services Act* oblige les régies régionales de la santé à soumettre au ministre de la Santé les documents suivants :

- un rapport sur leurs activités;
- un jeu complet d'états financiers vérifiés.

Aux termes de L'article 54 du *Regional Health Services Act*, les régies régionales de la santé et la Cancer Agency doivent soumettre au ministre tout rapport que celui-ci pourrait leur demander. Les régies régionales de la santé et la Cancer Agency doivent aussi soumettre un plan financier et un plan d'action sur les services de santé au ministère de la Santé de la Saskatchewan.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur provincial vérifie chaque année les comptes des ministères et organismes gouvernementaux, dont le ministère de la Santé. Les paiements du Ministère aux autorités sanitaires régionales, à la Saskatchewan Cancer Agency ainsi qu'aux médecins et aux chirurgiens-dentistes pour les services médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont visés par cette vérification.

L'article 57 de la *Regional Health Services Act* stipule qu'un vérificateur indépendant, possédant les compétences requises et nommé à cette fin par une régie régionale de la santé et la Cancer Agency, doit vérifier au moins une fois par exercice les comptes d'une régie régionale de la santé et de la Cancer Agency. Chaque régie régionale de la santé et la Cancer Agency doivent soumettre annuellement au ministre de la Santé un ensemble d'états financiers détaillés et vérifiés.

L'article 34 de la *Cancer Foundation Act* stipule que les dossiers et les comptes de la fondation doivent être vérifiés au moins une fois l'an par le vérificateur provincial ou son représentant désigné.

Les dernières vérifications portaient sur l'exercice prenant fin le 31 mars 2007.

Les vérifications du gouvernement de la Saskatchewan, des autorités régionales de la santé et de la Saskatchewan Cancer Agency sont déposées à l'Assemblée législative de la Saskatchewan chaque année. Le public peut obtenir les rapports directement de chacune de ces instances ou les consulter sur leurs sites Web.

Le Bureau du vérificateur provincial prépare également des rapports à l'intention de l'Assemblée législative de la Saskatchewan. Ces rapports sont censés aider le gouvernement à gérer les ressources publiques et à améliorer l'information fournie à l'Assemblée législative. Ils sont accessibles sur le site Web du vérificateur provincial :

http://www.auditor.sk.ca.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Regional Health Services Act* (la *Loi*), adoptée le 1er août 2002 en remplacement de la *Health Districts Act*, regroupe les 32 districts de santé d'alors en 12 régies régionales de la santé. De plus, aux termes de L'article 8 de la *Loi*, le ministre peut fournir du financement à une régie régionale ou à un organisme de santé pour l'application de cette loi.

Aux termes de L'article 10 de la *Loi*, le ministre peut désigner des établissements, dont des hôpitaux, des foyers de soins spéciaux et des centres de santé. Par ailleurs, L'article 11 l'autorise à imposer, aux régies régionales de la santé et aux organismes de soins de santé qui ont conclu des ententes de services avec une régie régionale de la santé, des normes de prestation de services dans ces établissements.

La *Loi* impose aux régies régionales de la santé et aux organismes de soins de santé des exigences en matière de reddition de comptes. Ceux-ci doivent faire approuver leurs plans annuels opérationnels, financiers et de services de santé par le ministre (articles 50 et 51), mettre en place des réseaux consultatifs communautaires (article 28) et signaler les incidents majeurs (article 58). Le ministre peut également établir un registre pour faciliter la gestion des temps d'attente en chirurgie (article 12). Il conserve ses pouvoirs de faire enquête (article 59), de nommer un administrateur public au besoin (article 60) et d'approuver des règlements généraux et des règlements concernant les professionnels de la santé faisant partie du personnel d'un établissement (articles 42 à 44).

Le financement des hôpitaux est compris dans les fonds octroyés aux autorités sanitaires régionales.

En date du 31 mars 2007, les établissements suivants fournissaient des services hospitaliers assurés à des malades hospitalisés et externes :

- soixante-six établissements fournissaient des soins actifs;
- un hôpital de réadaptation fournissait des soins destinés au traitement, au rétablissement et à la réadaptation de personnes invalides à la suite d'une blessure ou d'une maladie – et une unité de réadaptation gériatrique d'un centre hospitalier de soins actifs ainsi que deux établissements de soins spécialisés offraient également des soins de réadaptation.

Les hôpitaux fournissent une gamme complète de services assurés, qui peuvent comprendre l'hébergement en salle commune; les services infirmiers nécessaires; l'usage des salles d'opération et des salles de travail; les fournitures et les matériels médicaux et chirurgicaux requis; les actes de radiographie, de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic; les installations de radiothérapie; les agents anesthésiques et l'usage de matériel d'anesthésie; les actes de physiothérapie; les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital; et les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Le document The Action Plan for Saskatchewan Health Care a établi de nouvelles catégories d'hôpitaux et exposé un ensemble normalisé de services qui devraient être offerts dans chacun. Ces catégories sont les suivantes : communautaire, du Nord, de district, régional et provincial.

Selon le plan d'action, la prestation de services doit être caractérisée par la fiabilité et la prévisibilité, pour que la population sache à quoi s'attendre en tout temps. Bien que les types de services puissent varier d'un hôpital à l'autre, ce qu'on entend par fiabilité et prévisibilité est que :

- la plupart des gens savent quels types de services sont offerts par chaque hôpital;
- ces services sont fournis sur une base permanente, sous réserve de la présence de fournisseurs de soins compétents.

Ce cadre de prestation fera en sorte que la population pourra s'attendre à recevoir des soins hospitaliers de qualité et orientera les décisions en matière d'attribution de nouveaux crédits.

Les régies régionales ont le pouvoir de changer leur mode de prestation de services assurés en fonction de l'évaluation des besoins sur leur territoire et des ressources financières dont elles disposent pour les professionnels de la santé.

L'ajout d'un service à la liste des services hospitaliers couverts par le régime d'assurance-santé est un processus qui comporte un examen approfondi prenant en compte des facteurs comme les besoins, le volume anticipé, les résultats cliniques par rapport à ceux d'autres services, le coût ainsi que les besoins en ressources humaines, sans oublier dans ce dernier cas, la disponibilité et les exigences en matière d'assurance initiale et continue de la compétence. Ce processus est entrepris à l'instigation d'une régie régionale de la santé. Selon le service qu'on veut ajouter, il peut comporter une consultation de directions générales de Santé Saskatchewan et de groupes d'intervenants externes, comme des régions sanitaires, des fournisseurs de services et le public.

2.2 Services médicaux assurés

Les articles 8 et 9 de la *Medical Care Insurance Act* autorisent le ministre de la Santé à établir et à administrer un régime d'assurance-santé pour les habitants de la province. On peut prendre connaissance de tous les honoraires des médecins dans le Physician's Newsletter :

www.health.gov.sk.ca/physician-information.

Le rapport statistique annuel de la Saskatchewan Health Medical Services Branch pour 2005-2007 se trouve sur le site Web suivant :

www.health.gov.sk.ca/msb-annual-reports.html.

En Saskatchewan, les médecins peuvent fournir des services médicaux assurés s'ils détiennent un permis d'exercice délivré par le College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan et consentent à accepter le paiement du ministère de la Santé pour les services assurés, sans imposer de surfacturation.

En date du 31 mars 2007, 1 753 médecins étaient autorisés à exercer la médecine dans la province et à participer au régime d'assurance-santé.

Un médecin peut se retirer du régime d'assurance-santé ou choisir de ne pas y participer, mais cela s'applique alors pour tous les services médicaux assurés. Ce médecin doit informer ses patients admissibles que ses services ne sont pas assurés par le régime, qui ne les remboursera donc pas. Une reconnaissance écrite du patient attestant qu'il comprend l'information donnée par le médecin est également requise.

En date du 31 mars 2007, il n'y avait aucun médecin « désengagé » en Saskatchewan.

Les services médicaux assurés sont les services médicalement nécessaires fournis par un médecin et couverts par le régime d'assurance-santé du ministère de la Santé. Ils figurent au guide des tarifs des actes médicaux du *Medical Care Insurance Payment Regulations*, un règlement de la *Medical Care Insurance Act* de 1994.

En date du 31 mars 2007, il y avait environ 3 300 services médicaux assurés.

Il y a un processus de discussion officielle entre le Medical Services Plan et la Saskatchewan Medical Association pour les ajouts à la liste des services médicaux assurés et la modification (modernisation) des règles de définition ou d'évaluation de certains services à forte incidence monétaire. C'est le directeur administratif de la Medical Services Branch qui gère ce processus. En cas d'ajout à la liste de services médicaux assurés ou de changement important du Physician Payment Schedule, ce dernier fait l'objet d'une modification réglementaire.

Tout membre du public peut recommander l'ajout d'un service médical au régime de services médicaux, même en l'absence de consultation publique officielle à ce sujet.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes inscrits au tableau du College of Dental Surgeons (collège des chirurgiens-dentistes) de la Saskatchewan et désignés par cet organisme comme spécialistes aptes à accomplir des actes de chirurgie dentaire peuvent offrir des services de chirurgie dentaire assurés par le régime de soins médicaux. En date du 31 mars 2007, 74 spécialistes dentaires offraient de tels services.

Un dentiste peut se retirer du régime d'assurance-santé ou ne pas y participer, mais cela s'applique alors pour tous les services de chirurgie dentaire assurés. Ce dentiste doit informer ses patients admissibles que ses services ne sont pas assurés par le régime, qui ne les remboursera donc pas. Une reconnaissance écrite du patient attestant qu'il comprend l'information donnée par le dentiste est également requise.

En date du 31 mars 2007, il n'y avait aucun dentiste « désengagé » en Saskatchewan.

Les services de chirurgie dentaire assurés sont limités aux actes de chirurgie maxillo-faciale nécessaires à la suite de lésions traumatiques; aux services thérapeutiques pour le traitement orthodontique des fentes palatines; aux extractions dentaires médicalement nécessaires avant une chirurgie cardiaque, une intervention pour une maladie rénale chronique et l'arthroplastie totale d'une articulation par prothèse, quand le patient a été aiguillé par un professionnel compétent et que l'approbation préalable de la Medical Services Branch a été obtenue; et à certains services pour corriger des anomalies de la bouche et des structures voisines.

Des services de chirurgie dentaire peuvent être ajoutés à la liste de services assurés du régime d'assurance-santé à la suite d'un processus de discussion et de consultation avec les chirurgiens-dentistes de la province. Le directeur administratif de la Medical Services Branch gère le processus d'ajout d'un nouveau service.

Tout membre du public peut recommander l'ajout de services de chirurgie dentaire au régime de services médicaux, même en l'absence de consultation publique officielle à ce sujet.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

En Saskatchewan, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés comprennent les services hospitaliers aux malades hospitalisés et externes, lorsqu'ils ne sont pas nécessaires sur le plan médical; le coût supplémentaire de l'hébergement en chambre individuelle ou à deux lits, lorsque ce type d'hébergement n'est pas prescrit par un médecin; les services de physiothérapie et d'ergothérapie qui ne sont pas fournis par une régie régionale de la santé ou en vertu d'un contrat avec celle-ci; les services fournis par un autre établissement de santé qu'un hôpital, sauf en cas d'entente avec Santé Saskatchewan; la chirurgie non urgente de la cataracte, l'IRM et l'ostéodensitométrie à l'extérieur de la Saskatchewan qui n'ont pas fait l'objet d'une approbation écrite préalable; les

services assurés hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire non urgents obtenus à l'extérieur du Canada qui n'ont pas fait l'objet d'une approbation écrite préalable; les services médicaux non urgents qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical; les services de chirurgie dentaire qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ou qu'il n'est pas nécessaire de fournir dans un hôpital; et les services reçus dans le cadre d'autres programmes publics, par exemple en vertu de la *Workers' Compensation Act* et de la *Mental Health Act*, ou du ministère fédéral des Anciens combattants.

Par principe et conformément aux politiques, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont fournis en fonction d'un besoin clinique évalué. La surveillance de la conformité se fait par voie de consultation des autorités sanitaires régionales, des médecins et des dentistes. En Saskatchewan, il est interdit d'imposer des frais pour tout service hospitalier, médical ou de chirurgie dentaire médicalement nécessaire. Il est par contre possible d'en imposer à l'égard de services ou de produits médicaux améliorés, mais seulement s'ils ne sont pas réputés médicalement nécessaires. La surveillance de la conformité se fait par voie de consultation des autorités sanitaires régionales, des médecins et des dentistes.

Le gouvernement peut désassurer des services hospitaliers si on juge qu'ils ne sont plus médicalement nécessaires. De telles décisions sont prises par voie de discussion entre les autorités sanitaires régionales, les praticiens et les fonctionnaires du ministère de la Santé.

Par ailleurs, certains services de chirurgie dentaire peuvent être désassurés s'ils ne sont pas jugés médicalement nécessaires. Ces décisions sont prises après consultation des chirurgiens-dentistes de la province, et le directeur administratif de la Medical Services Branch assure la gestion du processus.

Des services médicaux peuvent également être désassurés si on juge qu'ils ne sont pas médicalement nécessaires. De telles décisions sont prises par voie de consultation de la Saskatchewan Medical Association, et le processus est géré par le directeur administratif de la Medical Services Branch.

S'il y a lieu, des consultations publiques officielles peuvent être tenues si on envisage de désassurer des services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire.

Aucun service de santé n'a été désassuré en 2006-2007.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* (articles 2 et 12) et le *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* (règlement sur les bénéficiaires et l'administration du régime d'assurance-santé) définissent l'admissibilité aux services de santé assurés en Saskatchewan. Aux termes de L'article 11 (devoir d'inscription) de cette *Loi*, tous les habitants de la province doivent s'inscrire au régime de soins de santé. L'amende maximale prévue à cet article pour quiconque présente de faux renseignements ou omet de présenter des renseignements nécessaires à l'inscription d'une personne peut atteindre 50 000 $.

L'admissibilité est limitée aux habitants. Un « habitant » est une personne légalement autorisée à résider au Canada, domiciliée en Saskatchewan et y résidant habituellement, ou encore toute personne déclarée résidente par le lieutenant gouverneur en conseil. Les citoyens canadiens et les résidents permanents du Canada qui viennent s'établir en Saskatchewan sont généralement admissibles à compter du premier jour du troisième mois après qu'ils ont établi domicile en Saskatchewan.

Les Canadiens de retour au pays, les familles des membres des Forces canadiennes qui reviennent au pays, les étudiants et les travailleurs étrangers sont admissibles lorsqu'ils établissent domicile en Saskatchewan, pourvu qu'ils l'aient fait avant le

premier jour du troisième mois suivant leur entrée au Canada.

Les catégories de personnes suivantes ne sont pas admissibles :

- les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus sous responsabilité fédérale et les demandeurs du statut de réfugié, les personnes en visite dans la province; et
- les personnes assurées par le régime de leur province ou de leur territoire de résidence qui séjournent en Saskatchewan (par exemple, les étudiants et les travailleurs assurés par le régime de leur province ou de leur territoire de résidence aux termes des dispositions concernant les absences temporaires).

Toutefois, ces catégories de personnes peuvent devenir admissibles dans les cas suivants :

- les personnes qui quittent les Forces canadiennes ou la Gendarmerie royale du Canada, pourvu qu'elles soient alors en poste en Saskatchewan ou habitants de cette province le jour de leur départ du service;
- les détenus sous responsabilité fédérale qui sont libérés (qui ont purgé leur sentence ou qui ont obtenu une libération conditionnelle et vivent dans la communauté);
- les demandeurs du statut de réfugié qui viennent d'obtenir le statut de réfugié au sens de la Convention (documents de l'immigration exigés).

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Le processus d'inscription suivant est utilisé pour délivrer une carte d'assurance-santé et prouver l'admissibilité d'une personne aux services de santé assurés :

- tous les habitants de la province (sauf les enfants à charge de moins de 18 ans) doivent s'inscrire;
- il faut s'inscrire immédiatement après avoir établi domicile en Saskatchewan;
- l'inscription se fait en personne à Regina, ou par la poste;
- chaque personne admissible inscrite reçoit une carte en plastique donnant droit aux services de santé et portant un numéro d'assurance-santé unique à neuf chiffres;
- les cartes sont renouvelées tous les trois ans (les cartes délivrées cette année viennent à échéance en décembre 2008).

Toutes les inscriptions sont familiales. Les parents et les tuteurs peuvent inscrire les enfants à charge de moins de 18 ans de leur unité familiale. Les enfants de 18 ans et plus vivant au domicile de leurs parents ou ailleurs doivent s'inscrire eux-mêmes.

En date du 30 juin 2006, 1 003 231 personnes étaient inscrites en Saskatchewan.

3.3 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes admissibles à la couverture des services de santé assurés sont les personnes autorisées à entrer au Canada et à y séjourner à titre de titulaire d'un permis de travail, d'un permis de séjour pour étudiants ou d'un permis du ministre délivré par Citoyenneté et Immigration Canada. Leur famille qui les accompagne peut aussi être admissible à la couverture des services de santé assurés.

Les réfugiés sont admissibles sur confirmation de leur statut de réfugié au sens de la Convention et s'ils sont de plus titulaires d'un permis de travail ou de séjour pour étudiants ou d'un permis du ministre, ou ont un statut de résident permanent, en d'autres termes, s'ils sont des immigrants reçus.

En date du 30 juin 2006, 5 642 résidents temporaires étaient inscrits au régime de Santé Saskatchewan.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

En général, les assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent en Saskatchewan sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence. Cependant, si un conjoint arrive avant l'autre conjoint, ce dernier devient admissible à la première des dates suivantes : a) premier jour du troisième mois suivant son arrivée ou b) premier jour du treizième mois suivant l'établissement de résidence du conjoint arrivé le premier.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

L'article 3 du *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* définit les règles de transférabilité de l'assurance-santé pour les habitants de la Saskatchewan durant les absences temporaires au Canada. Cette disposition n'a pas été modifiée en 2005-2007.

Ces personnes continuent d'être assurées à condition d'avoir l'intention de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités qui suivent :

- études : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (une confirmation écrite du statut d'étudiant à temps plein, fournie par le registraire, est exigée chaque année);
- emploi : jusqu'à 12 mois (aucun document requis);
- vacances et voyages : jusqu'à 12 mois.

L'article 6.6 de la *Department of Health Act* autorise le paiement de services aux malades hospitalisés aux personnes admissibles de la Saskatchewan pendant une absence temporaire de la province. L'article 10 du *Medical Care Insurance Payment Regulations* de 1994 autorise le paiement des services médicaux aux personnes admissibles de la Saskatchewan pendant une absence temporaire de la province.

La Saskatchewan a conclu des ententes bilatérales de facturation des services hospitaliers avec toutes les provinces, et de facturation des services médicaux avec toutes les provinces, sauf le Québec. Les tarifs payés sont ceux de la province où le service a été rendu. L'entente de réciprocité pour les services médicaux s'applique à chaque province, sauf le Québec.

Les paiements aux médecins du Québec ou le remboursement pour les services fournis aux habitants de la Saskatchewan sont à hauteur des taux prévus dans le Physician Payment Schedule. Ils peuvent toutefois l'être à hauteur des taux du Québec, si les services ont préalablement été approuvés. Ces dernières années, les taux quotidiens prévus aux ententes de facturation réciproque des services hospitaliers ont beaucoup augmenté.

En 2006-2007, les dépenses en services assurés fournis ailleurs au Canada s'élevaient à 24,24 millions de dollars pour les services médicaux et à 48,40 millions de dollars pour les services hospitaliers.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'étranger

L'article 3 du *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* définit les règles de transférabilité de l'assurance-santé pour les résidents de la Saskatchewan durant une absence temporaire du Canada.

Les étudiants, les travailleurs temporaires et les vacanciers et voyageurs continuent d'être assurés durant une absence temporaire à l'étranger à condition d'avoir l'intention de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités qui suivent :

- étudiants : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (une confirmation écrite du statut d'étudiant à temps plein, signée par le registraire, est exigée chaque année);

- emploi à contrat : jusqu'à 24 mois (une confirmation écrite de l'employeur est exigée);
- vacances et voyages : jusqu'à 12 mois.

L'article 3 du *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* prévoit une couverture de durée indéterminée relativement aux absences temporaires pour les personnes dont la résidence principale est en Saskatchewan, mais qui ne peuvent satisfaire à l'obligation légale d'y résider effectivement six mois par année en raison d'un emploi qui les oblige à voyager d'un endroit à l'autre à l'étranger (par exemple, employés de croisiéristes).

Aux termes de l'article 6.6 de la *Department of Health Act*, un habitant est admissible à la couverture de l'assurance-santé durant une absence temporaire à l'étranger. En résumé, la couverture s'applique aux services hospitaliers médicalement nécessaires fournis à un malade hospitalisé, à hauteur de 100 $ par jour pour les services aux malades hospitalisés et de 50 $ par visite et par jour pour les services aux malades externes.

En 2006-2007, les montants payés à l'égard de services hospitaliers fournis à l'étranger ont été de 2,47 millions de dollars pour les services aux malades hospitalisés et de 1,02 million de dollars pour les services aux malades externes. Par ailleurs, les dépenses à l'égard des services médicaux fournis à l'étranger se sont élevées à 692 600 $.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

À l'extérieur de la province

Santé Saskatchewan couvre, en vertu d'une entente de facturation réciproque, la plupart des soins hospitaliers et médicaux reçus ailleurs au Canada par les résidents de la province. Ainsi, les habitants n'ont pas besoin d'une approbation préalable pour recevoir des services assurés ailleurs au Canada, et des frais ne leur seront pas imposés à l'égard de ces services. Les frais de déplacement, les repas et l'hébergement ne sont pas couverts.

Une approbation préalable est requise pour les services suivants offerts à l'extérieur de la province :

- traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, services de santé mentale et pour joueurs compulsifs;
- opération de la cataracte, ostéodensitométrie et IRM non urgente.

Le spécialiste du patient doit obtenir l'approbation préalable du Ministère.

À l'extérieur du pays

Une approbation préalable est requise pour les services offerts à l'étranger suivants :

- Le médecin spécialiste qui veut diriger un patient vers l'étranger pour recevoir un traitement non disponible en Saskatchewan ou ailleurs au pays doit d'abord demander l'approbation du régime d'assurance-santé de Santé Saskatchewan. La Saskatchewan Cancer Agency est consultée pour les demandes de traitement du cancer à l'étranger. Si l'approbation est accordée, Santé Saskatchewan couvrira tous les frais du traitement, à l'exception des services non couverts dans la province.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Pour que l'argent ne soit pas un obstacle à l'accès aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, la surfacturation par les médecins ou les chirurgiens-dentistes ainsi que l'imposition de frais modérateurs sont interdits en Saskatchewan.

Le Saskatchewan Human Rights Code (charte des droits de la personne de la Saskatchewan) interdit la discrimination dans la prestation de services publics (ce qui inclut les services de santé assurés) fondée sur la race, la croyance, la religion, la couleur, le sexe, l'orientation sexuelle, la situation de famille,

l'état matrimonial, l'invalidité, l'âge, la nationalité, l'ascendance ou le lieu d'origine.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En date du 31 mars 2007, il y avait en Saskatchewan 3 092 lits dotés en personnel dans 66 hôpitaux de soins actifs, soit 2 497 lits pour soins actifs, 213 lits pour soins psychiatriques et 382 lits pour d'autres soins. Le centre de réadaptation Wascana comptait 48 lits pour soins de réadaptation et 204 lits pour soins prolongés. Des soins de réadaptation sont également offerts dans une unité de réadaptation gériatrique d'un centre hospitalier de soins actifs et dans deux établissements de soins spécialisés.

Le plan d'action en matière de personnel de santé de la Saskatchewan

En décembre 2005, *Working Together: Saskatchewan's Health Workforce Action Plan* était publié. De vastes consultations ont eu lieu avec les parties prenantes dans l'élaboration de ce plan. Le plan est assorti de cinq objectifs, à savoir :

- Le système de soins de santé repose sur un nombre suffisant et un éventail efficace de professionnels de la santé qui sont parfaitement habitués à fournir des soins sûrs, de haute qualité.
- Le système de santé offre des milieux de travail sûrs, favorables, et de qualité, qui aident au recrutement et au maintien en poste de professionnels de la santé.
- Les Autochtones sont pleinement représentés dans le secteur de la santé, dans toutes les professions de la santé.
- Les nombres de professionnels de la santé aux études et en formation en Saskatchewan cadrent avec les besoins prévus de personnel et de services de santé.
- Le personnel de santé est innovant, souple et capable de s'adapter aux changements dans le système de santé.

Working Together: Saskatchewan's Health Workforce Action Plan peut être téléchargé à www.health.gov.sk.ca. Au cours de la dernière année, d'importantes initiatives ont été entreprises en matière de recrutement et de maintien en poste :

- La création d'un fonds de recrutement et de maintien en poste de 25 M$ a été annoncée à l'automne 2006. Quinze millions de dollars sont consacrés au recrutement et au maintien en poste de personnel infirmier, et 10 millions de dollars au recrutement et au maintien en poste de professionnels paramédicaux.
- La mise sur pied de deux comités pour donner une orientation et des conseils relativement à l'utilisation de ces fonds et aux mesures décrites dans le Workforce Action Plan. Ces deux comités, le Provincial Health Workforce Steering Committee et le Provincial Nursing Committee, réunissent les partenaires qui ont contribué à la préparation du Workforce Action Plan.
- L'établissement de HealthCareersInSask, une agence provinciale de recrutement qui aide les régies régionales de la santé et la Saskatchewan Cancer Agency à combler leurs postes vacants dans le secteur de la santé.
- La création d'un programme de subventions de six millions de dollars pour le déménagement et l'acceptation de postes dans les régions rurales ou nordiques ou de postes pour lesquels le recrutement est difficile.
- La création et la mise en œuvre d'un programme de maintien en poste du personnel de la santé de six millions de dollars.
- L'augmentation du nombre de places disponibles pour la formation des médecins et du personnel infirmier (personnel infirmier autorisé et personnel infirmier auxiliaire autorisé).

Effectifs de soignants

Le personnel dans la majorité des professions de la santé en Saskatchewan a augmenté entre 1995 et 2005 (Tableau 1).

En ce qui a trait à la disponibilité du matériel et des services de diagnostic, des soins médicaux, de chirurgie et de traitement dans les établissements fournissant les services hospitaliers assurés, Santé Saskatchewan fait observer ce qui suit :

- Les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) se trouvent à Saskatoon (2) et à Regina (2).
- Les appareils de tomodensitométrie sont disponibles à Saskatoon (4), Regina (3), Prince Albert (1), Swift Current (1), Moose Jaw (1), Yorkton (1), North Battleford (1) et Lloydminster (1).
- La dialyse rénale est offerte à Saskatoon, Regina, Lloydminster, Prince Albert, Tisdale, Yorkton, Swift Current, North Battleford et Moose Jaw.
- Les services de traitement du cancer sont fournis par les deux cliniques anticancéreuses de la Saskatchewan Cancer Agency, le Saskatoon Cancer Centre et la Allan Blair Cancer Agency à Regina. En 2006, environ 5 000 nouveaux patients ont entrepris un traitement anticancéreux. Dans les deux centres, environ 39 000 traitements de radiothérapie et 18 000 traitements de chimiothérapie ont été administrés à des patients de Saskatoon et de Regina.
- Seize (16) sites participent au programme communautaire d'oncologie qui permet aux malades de recevoir de la chimiothérapie et d'autres soins de soutien plus près de leur domicile, tout en maintenant un lien étroit avec les experts des

Tableau 1 : Professionnels de la santé dans certaines professions, Saskatchewan et Canada*

Occupations	Saskatchewan							Canada
	1997	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2005
Chiropraticiens	14	16	16	18	18	18	19	22
Hygiénistes dentaires	27	27	30	30	34	34	35	57
Dentistes	34	34	35	35	38	38	37	58
Diététistes	n.d.	n.d.	22	23	24	25	25	25
Infirmières auxiliaires autorisées	214	151	n.d.	199	207	214	221	200
Ergothérapeutes	n.d.	n.d.	n.d.	20	21	22	22	35
Optométristes	11	11	11	11	11	11	12	12
Pharmaciens	105	109	111	107	115	118	119	91
Physiothérapeutes	48	52	52	51	53	53	54	49
Psychologues	7	7	n.d.	n.d.	n.d.	41	42	45
Infirmières autorisées	823~	838	808	818	855	854	863	776

* Taux par 100 000 habitants.

n.d. données non disponibles

~ Données de 1998.

Source : Indicateurs de soins de santé, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : 2000-2007

Nota : La comparaison du nombre de professionnels pour 100 000 habitants peut être trompeuse, car elle ne tient pas compte des façons différentes dont les services de santé sont fournis.

centres anticancéreux de Regina et de Saskatoon. En 2006, plus de 1 000 patients se sont rendus dans les centres où le programme est offert afin de recevoir un traitement, pour un total d'environ 6 200 visites.

- Environ 73 p. 100 des services de chirurgie sont fournis à Saskatoon et à Regina. On trouve dans ces villes les médecins spécialistes, le personnel spécialisé et l'équipement requis pour offrir une gamme complète de services chirurgicaux. Vingt-deux pour cent sont fournis dans six hôpitaux de taille moyenne situés à Prince Albert, Moose Jaw, Yorkton, Swift Current, North Battleford et Lloydminster. Le reste est fourni dans de plus petits hôpitaux des diverses régions de la province.
- Des liens avec Telehealth Saskatchewan continuent d'offrir aux résidents de régions rurales et éloignées l'accès à un spécialiste, à un médecin de famille et à d'autres fournisseurs de services de santé sans qu'ils n'aient à se déplacer sur de grandes distances.

En 2005-2006, certaines mesures ont été prises pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés :

- L'accès et le recours aux services d'imagerie médicale spécialisée, notamment les services d'IRM, de tomodensitométrie et d'ostéodensitométrie ont augmenté de façon constante en Saskatchewan. En 2006-2007, environ 14 425 patients ont bénéficié de services d'IRM et environ 69 240 patients se sont prévalus de services de tomodensitométrie.
- Telehealth Saskatchewan s'est avéré un outil efficace pour la consultation clinique et le perfectionnement professionnel dans le Nord de la province. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan continue d'appuyer ce réseau. Telehealth Saskatchewan compte 26 sites dans la province.
- Les cliniques d'insuffisance rénale chronique établies à l'été 2001 dans les régions de Regina Qu'Appelle et de Saskatoon continuent d'accueillir plus de patients. Leur but est de retarder le moment où les patients devront être dialysés et de mieux les préparer à choisir un traitement – hémodialyse, dialyse péritonéale ou dialyse à domicile, ou encore, transplantation. Le nombre de patients qui consultent est beaucoup plus élevé que le nombre de patients dialysés. En date du 31 mars 2005, 817 patients bénéficiaient des services de ces cliniques. En date du 31 mars 2007, ce nombre était passé à 1 140.
- La Cancer Agency est responsable du programme provincial de dépistage du cancer du sein. Le programme de dépistage est offert dans sept sites de la province, et une unité mobile de mammographie se rend dans les communautés qui ne disposent pas d'un site permanent. De 34 000 à 37 000 mammographies sont effectuées chaque année dans le cadre de ce programme.
- Le programme de prévention du cancer du col de l'utérus est un programme de la Cancer Agency, qui vise à augmenter le nombre de femmes qui subissent régulièrement un test de Papanicolaou et à assurer le suivi des résultats insatisfaisants ou anormaux. En 2006, 112 500 avis de résultats et 260 000 lettres d'avis ou d'information ont été envoyés.
- Le programme provincial de maladies hématologiques malignes et de transplantation de cellules souches continue d'offrir des transplantations de cellules souches aux patients de la Saskatchewan. En 2006-2007, 33 patients atteints d'un cancer du sang agressif ou avancé ou d'un cancer d'un autre système ont reçu une transplantation de cellules souches ou de moelle osseuse. Le programme offre désormais des stages cliniques officiels aux résidents de médecine interne de l'Université de la Saskatchewan.

L'achat de biens d'équipement par les régies régionales de la santé se fait conformément aux critères définis dans l'accord sur la santé de février 2003. Les acquisitions des régies régionales de la santé font l'objet d'un examen afin de s'assurer qu'elles cadrent avec les stratégies et priorités provinciales en matière de santé et les

principes de l'accord sur la santé. En 2006-2007, les acquisitions de biens d'équipement ont permis d'améliorer l'accès aux services d'imagerie diagnostique et de chirurgie.

Santé Saskatchewan accorde toujours la priorité à l'amélioration de l'accès aux services de chirurgie et du système provincial de soins chirurgicaux. En s'appuyant sur les conseils du Saskatchewan Surgical Care Network (SSCN), le Ministère agit comme chef de file national de la mise en œuvre d'initiatives clés axées sur le système de soins chirurgicaux.

Le Ministère a déjà établi et adopté un nouveau processus d'évaluation des patients, un registre des chirurgies, et des temps d'attente cibles pour la chirurgie dans le cadre du plan d'action en matière de santé de la Saskatchewan.

- Le nouveau processus d'évaluation des patients favorise la cohérence et l'équité en uniformisant les facteurs dont les médecins tiennent compte pour déterminer l'urgence de l'intervention pour un patient donné. Ainsi, ceux qui ont le plus besoin d'être opérés le seront en premier.
- Le registre des chirurgies de la province est une base de données exhaustive qui permet au système de soins chirurgicaux d'améliorer la gestion de l'accès, de déterminer sa capacité et les ressources requises et de réduire les temps d'attente pour les patients.
- Les temps d'attente cibles en chirurgie permettent aux régions sanitaires de faire un meilleur suivi des patients, et aux patients de recevoir des soins en fonction de leur niveau de besoin. En mars 2004, ils ont été définis comme des « objectifs » pour le système de soins chirurgicaux. Sur la recommandation du Saskatchewan Surgical Care Network (SSCN), le nombre de niveaux de priorité pour la chirurgie a été ramené de six initialement à quatre (plus la chirurgie d'urgence qui doit être comptée et dont il doit être rendu compte séparément) depuis avril 2006, pour laisser plus de latitude aux chirurgiens et aux régions dans la gestion des listes d'attente afin de réduire les délais maximums.

Le site Web du réseau de soins chirurgicaux de la Saskatchewan a été lancé en janvier 2003. Ce site sur l'accès aux soins chirurgicaux, dont l'adresse est www.sasksurgery.ca, fournit une gamme d'informations sur le système de soins chirurgicaux et les listes d'attente, y compris des données sur les temps et les listes d'attente, et des indications où trouver les médecins et les spécialités. Le site Web fournit aussi des renseignements sur les chirurgies effectuées, les patients en attente et les temps d'attente, ainsi que sur la manière dont le système fonctionne et la façon d'avoir accès aux services de santé dans la province.

Santé Saskatchewan collabore étroitement avec les membres des régions sanitaires, les médecins et d'autres partenaires en santé afin de maximiser l'accès aux services d'imagerie diagnostique en Saskatchewan. Tout en axant ses efforts sur l'amélioration de l'accès aux services diagnostiques spécialisés (IRM, tomodensitométrie), le Ministère assoit les fondements d'un système de prestation amélioré et viable.

Le 31 janvier 2005, le ministre de la Santé a annoncé la création d'un réseau d'imagerie diagnostique. Ce partenariat, qui associe des cliniciens, des fournisseurs de services, des représentants des autorités sanitaires régionales, des organismes de réglementation, des établissements d'enseignement des sciences de la santé, de la collectivité et du gouvernement, vise à assurer un accès équitable à des services d'imagerie diagnostique de qualité dans la province. En collaborant avec les partenaires participants, le réseau fait office d'organe consultatif provincial qui contribue à la planification et à la coordination stratégiques du système d'imagerie diagnostique pour l'ensemble de la province.

Le Réseau supervise les initiatives suivantes :

- Mise en oeuvre d'un système d'information radiologique et d'archivage et transmission de radiographies (RIS/PACS) dans la province. Le système d'information radiologique sert à

faire le suivi des patients et des services d'imagerie diagnostique qui leur sont donnés. Le système d'archivage et transmission, quant à lui, permet de consulter, d'enregistrer et d'extraire les images numérisées ayant servi au diagnostic.

- Mise sur pied d'un programme pluriannuel de remplacement de l'équipement : Saskatchewan Health et les régies régionales de la santé ont dressé l'inventaire de l'équipement d'imagerie diagnostique dont dispose la province et préparé un plan d'acquisition d'équipement et de déploiement du nouvel équipement d'imagerie diagnostique.
- Création et mise en œuvre d'une définition provinciale du temps d'attente, du classement des urgences, et de points de référence pour les temps d'attente applicables à l'IRM et à la tomodensitométrie. Ces lignes directrices uniformisent les temps d'attente pour l'imagerie diagnostique et fixent des buts en matière de temps d'attente.
- Projet pilote d'un outil provincial d'aide à la décision : un outil d'aide à la décision pour l'imagerie diagnostique aidera le médecin traitant à demander le bon test dès le départ en entrant ses directives fondées sur des faits dans un outil convivial et rapide servant à commander des tests par voie électronique.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En date du 31 mars 2007, la province comptait 1 753 médecins autorisés à exercer dans la province et à participer au régime d'assurance-santé. De ce nombre, 1 003 (57,2 p. 100) étaient des médecins de famille, et 750 (42,8 p. 100), des spécialistes.

Il y avait également quelque 380 dentistes et chirurgiens-dentistes exerçant leur profession dans les principaux centres de la Saskatchewan. Soixante-quatorze offraient des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé.

En 2006-2007, des initiatives de recrutement et de maintien en poste de médecins ont été lancées ou poursuivies, ce qui a permis d'améliorer l'accès aux services médicaux assurés et de réduire les temps d'attente.

Programmes des spécialistes :

- Programme de perfectionnement des spécialistes – Des subventions pouvant atteindre 80 000 $ par année sont offertes à des spécialistes pour leur permettre de se perfectionner. Le financement est assorti d'un engagement concernant le retour au travail.
- Programme de couverture des salles d'urgence par les spécialistes – Des indemnités sont versées aux médecins spécialistes qui couvrent les salles d'urgence dans les établissements de soins actifs.
- Programme de bourses aux résidents d'une spécialité – Jusqu'à quinze bourses d'une durée maximale de trois ans sont offertes chaque année. Le financement est assorti d'un engagement concernant le retour au travail.

Programme des milieux ruraux et des régions :

- Le programme d'exercice en région – Des subventions de 10 000 $ sont accordées aux médecins de famille admissibles qui établissent un cabinet dans un centre régional pour une durée minimale de 18 mois.
- Programme de formation et de réintégration – Deux bourses sont accordées chaque année à des médecins de famille exerçant en milieu rural qui veulent se spécialiser. Le financement est assorti d'un engagement concernant le retour au travail.
- Programme intégré de couverture des salles d'urgence et de répit pendant les fins de semaine – Du soutien et des indemnités sont offerts aux médecins pour la couverture des salles d'urgence en milieu rural. Les communautés comptant moins de trois médecins peuvent ainsi avoir

accès à d'autres médecins qui remplacent les leurs la fin de semaine.

- Programme de subventions pour l'établissement d'un cabinet en milieu rural – Des subventions de 18 000 $ sont accordées aux médecins, formés au Canada ou résidents permanents, qui établissent leur cabinet dans une région rurale de la Saskatchewan et y exercent pendant au moins 18 mois.
- Programme de bourses d'études pour les résidents en médecine familiale – Ces bourses de 25 000 $ aident les résidents à assumer les coûts de leur formation et sont assorties d'un engagement à exercer en milieu rural.
- Programme de bourses d'études pour étudiants en médecine – Ces bourses de 15 000 $ sont assorties d'un engagement écrit à exercer en milieu rural.
- Programme de perfectionnement de la pratique en milieu rural – Les médecins qui exercent en milieu rural ont droit à un remplacement du revenu et les résidents reçoivent de l'aide, lorsque ces professionnels désirent suivre une formation spécialisée dans un domaine où il y a des besoins à combler dans les régions rurales. L'aide est assortie d'un engagement à exercer en milieu rural.
- Programme d'enseignement médical continu sur les soins d'urgence en milieu rural – Du financement est accordé aux médecins exerçant en milieu rural désireux d'obtenir ou de renouveler leur certification de compétence en médecine d'urgence et en gestion du risque. Les médecins acceptés sont tenus d'exercer dans une région rurale de la Saskatchewan à la fin du programme de formation.
- Programme de services de suppléance – La Saskatchewan Medical Association reçoit du financement pour un service de suppléance qui permet aux médecins des régions rurales de s'absenter pour prendre des vacances, se perfectionner, etc.
- Programme de services médicaux du Nord – Cette initiative tripartite de Santé Saskatchewan, de Santé Canada et de l'Université de la Saskatchewan vise à stabiliser l'effectif médical dans le nord de la Saskatchewan.
- Programme de congé prolongé offert en milieu rural – Les médecins exerçant en milieu rural qui veulent parfaire leurs connaissances et compétences dans certains domaines, comme l'anesthésie, l'obstétrique et la chirurgie, peuvent se faire rembourser leurs frais de scolarité et leur manque à gagner pour une période allant jusqu'à six semaines.
- Programme d'aide aux déplacements pour les médecins exerçant en milieu rural – Une aide est fournie aux médecins qui doivent se déplacer pour participer à des activités éducatives.
- Réseau de télésanté du Nord – Les médecins des régions éloignées ou isolées ont accès à des collègues, à des spécialistes et à de l'éducation permanente.

Autres programmes :

- Programme des autres modes de paiement et des services de soins primaires – Un soutien est accordé aux initiatives qui encouragent les médecins à recourir à des professionnels paramédicaux et favorisent l'intégration des services médicaux aux autres services communautaires.
- Programme de maintien en poste à long terme – Ce programme récompense les médecins qui exercent dans la province depuis au moins dix ans.
- Programme de congé parental – Mis sur pied en 2004, ce programme offre des prestations aux médecins en cabinet privé qui prennent un congé de maternité, de paternité ou d'adoption.

5.4 Rémunération des médecins

Le processus de négociation des ententes sur la rémunération des services assurés, avec les médecins et les dentistes, est décrit à l'article 48 de la *Medical Care Insurance Act* :

- un comité d'étude de la rémunération médicale est mis sur pied dans les quinze jours suivant l'émission, par la Saskatchewan Medical Association ou le gouvernement, de l'avis de commencer les discussions sur la nouvelle entente;
- chaque partie doit nommer au plus six représentants au comité;
- l'objectif du comité est de préparer une entente satisfaisante pour les parties en ce qui concerne les services assurés;
- dans l'impossibilité de parvenir à une entente satisfaisante, la question peut être renvoyée au comité d'étude de la rémunération médicale, formé de deux personnes qui sont chacune nommée par une des parties et qui, à leur tour, choisissent un troisième membre;
- le conseil a le pouvoir de prendre des décisions ayant force obligatoire.

La plus récente entente de trois ans avec la Saskatchewan Medical Association, qui expire le 31 mars 2009, prévoyait une hausse de 2,8 p. 100 par année pour la durée de l'entente. Des hausses similaires ont aussi été accordées aux médecins non rémunérés à l'acte. Parmi les autres modalités de l'entente, citons un total de 11,8 millions de dollars pour un certain nombre de programmes incitatifs innovateurs qui portent sur le recrutement et la conservation du personnel et sur l'amélioration des soins dispensés aux patients :

- augmentations pour les programmes de consultation téléphonique;
- 42 M$ pour améliorer l'accès aux spécialistes;
- 42 M$ pour introduire un paiement pour consultation téléphonique pour certains médecins de famille en milieu urbain et pour améliorer les honoraires des médecins de famille qui apportent leur aide pendant une chirurgie;
- 4 M$ pour améliorer le traitement de maladies chroniques;
- 3,8 M$ pour améliorer les programmes permanents de conservation du personnel.

Aux termes de l'article 6 du *Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations* (1994), le ministre doit effectuer le paiement des services assurés conformément au Physician Payment Schedule et au Dentist Payment Schedule.

La rémunération à l'acte est le mode de rémunération le plus courant pour la prestation de soins de santé assurés en Saskatchewan. S'y ajoutent la rémunération à la vacation, le salariat, la capitation et une association de ces modes. La rémunération à l'acte est le seul mécanisme de paiement des services de chirurgie dentaire assurés. Les dépenses pour les programmes et les services médicaux offerts dans la province se sont élevées à 586,6 millions de dollars en 2006-2007, soit 369,3 millions pour la facturation à l'acte, 20,8 millions pour les programmes de couverture des salles d'urgence, 164,2 millions pour les services non rémunérés à l'acte et 32,4 millions pour les programmes de la Saskatchewan Medical Association, tels que décrits dans l'accord.

5.5 Paiements aux hôpitaux

En 2006-2007, le financement versé aux régies régionales de la santé a été établi d'après les niveaux de financement antérieurs corrigés en fonction de l'inflation, des coûts des conventions collectives et des hausses d'utilisation. Chaque régie régionale de la santé reçoit un budget global et doit affecter les fonds en fonction des besoins en matière de services et des priorités que ses processus d'évaluation des besoins ont fait ressortir.

Les régies régionales de la santé peuvent recevoir des fonds additionnels pour les programmes hospitaliers spécialisés (par ex., la dialyse rénale, les services spécialisés d'imagerie médicale, les services respiratoires spécialisés et les services chirurgicaux) ou pour la prestation de services aux résidents d'autres régions sanitaires.

Les paiements aux régies régionales de la santé pour la prestation de services sont effectués conformément à l'article 8 de la *Regional Health Services Act*, laquelle donne au ministre de la Santé le pouvoir d'accorder

des subventions aux régies régionales de la santé et aux organismes de soins de santé, pour l'application de cette *Loi*, et d'organiser la prestation des services dans l'une ou l'autre des régions de la Saskatchewan, s'il y va de l'intérêt public de le faire.

Les régies régionales de la santé produisent un rapport annuel sur les résultats financiers globaux de leurs opérations.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de la Saskatchewan a reconnu publiquement les contributions fédérales versées au titre du Transfert canadien en matière de santé dans le rapport annuel de 2006-2007 du ministère de la Santé, dans le budget annuel du gouvernement de 2006-2007 et documents connexes, dans ses comptes publics de 2006-2007 et dans ses rapports financiers trimestriels et de mi-exercice. Ces documents ont été déposés à l'Assemblée législative et mis à la disposition des résidents de la Saskatchewan.

Les contributions fédérales ont aussi été reconnues sur le site Web de Santé Saskatchewan et dans des communiqués de presse, des documents de discussion, ainsi que des discours et remarques, à l'occasion de conférences, de réunions et de forums de politiques publiques.

7.0 Services de santé complémentaires

En date du 31 mars 2006, le gouvernement provincial offrait un éventail de services de santé complémentaires, dont les soins de longue durée en établissement pour les habitants de la Saskatchewan, des services de santé communautaires, comme les soins à domicile, ainsi qu'une grande diversité de programmes en matière de santé, de soutien social, de santé mentale, de traitement de la toxicomanie et de prestations pharmaceutiques.

Soins intermédiaires dans les maisons de soins infirmiers

Les foyers de soins spéciaux offrent des soins en établissement de longue durée, notamment aux personnes qui ont besoin de soins assidus. On y offre des soins et de l'hébergement, des soins de relève, des programmes de jour, des soins de nuit, des soins palliatifs et, parfois, des services de convalescence. Ces établissements sont financés par l'État, par l'entremise des autorités sanitaires régionales, et réglementés aux termes de la *Housing and Special-care Homes Act* et de son *Règlement d'application*.

Les services de santé publique des régies régionales de la santé fournissent des services d'immunisation aux résidents des établissements de soins de longue durée et d'autres établissements semblables dans le cadre du programme provincial d'immunisation. Santé Saskatchewan achète les vaccins et les offre gratuitement aux services de santé publique. La mesure s'applique aux vaccins antigrippal et antipneumococcique.

Soins à domicile

Le Programme de soins à domicile permet aux personnes qui présentent une maladie ou une invalidité de courte ou de longue durée, plus ou moins grave, de vivre chez elles plutôt qu'en établissement. Le Programme fournit des soins et des services aux personnes qui ont besoin de soins palliatifs, de soins de courte durée ou de soins de soutien. Parmi les services offerts figurent l'évaluation et la coordination des soins, les soins infirmiers, les soins personnels, les soins de relève, l'entretien de la maison, la préparation des repas, les traitements et les services de bénévoles. Les personnes peuvent opter pour le financement individualisé offert par

le Programme et organiser et gérer leurs propres services de soutien. Le Programme de soins à domicile est financé par Santé Saskatchewan, mis en application par les autorités régionales de la santé et réglementé aux termes de la *Regional Health Services Act*.

Soins ambulatoires

Les régies régionales de la santé de la Saskatchewan offrent une gamme complète de services de santé mentale et de services aux alcooliques et aux toxicomanes. Les services de santé mentale sont réglementés aux termes de la *Mental Health Services Act*.

Les régies régionales de la santé de la Saskatchewan offrent des services de podologie qui comprennent des services d'évaluation, de consultation et de traitement. Le *Chiropody Services Regulations* de la *Department of Health Act* autorise les podologistes et les podiatres à autoréglementer leur profession.

Les régies régionales de la santé de Regina Qu'Appelle et Saskatoon offrent un programme de prothèses auditives qui comprend des services d'examen de l'acuité auditive, d'évaluation des enfants à risque, ainsi que de vente, d'ajustement et d'entretien de prothèses auditives. Ces programmes sont réglementés aux termes de la *Hearing Aid Act* et de son *Règlement d'application* ainsi que de la *Regional Health Services Act*.

Des services de réadaptation, dont l'ergothérapie, la physiothérapie et l'orthophonie, sont offerts par les régies régionales de la santé et aident les gens de tous âges à améliorer leur autonomie fonctionnelle. Les services, qui comprennent l'évaluation, la consultation et le traitement, sont offerts dans les hôpitaux, les centres de réadaptation, les établissements de soins prolongés, les centres de santé communautaires, les écoles et les résidences privées. Les programmes sont réglementés aux termes de la *Regional Health Services Act* et du *Community Therapy Regulations*, de la *Department of Health Act*.

Services de soins aux adultes – Services de santé mentale

Des programmes d'appartements supervisés et de foyers de groupe offrent un continuum de soutien et d'aide aux activités de la vie aux personnes atteintes d'une maladie mentale de longue durée. Ces programmes sont réglementés par la *Residential Services Act*.

Santé Saskatchewan, en partenariat avec la régie régionale de la santé de Heartland, offre un programme de réadaptation aux personnes souffrant de troubles de l'alimentation et à leur famille. Ce programme est offert par le centre BridgePoint, en conformité avec les dispositions relatives aux organismes de bienfaisance de la *The Income Tax Act* et de la *Regional Health Services Act*.

Services aux alcooliques et aux toxicomanes

La prestation des services aux alcooliques et aux toxicomanes est normalement réglementée par la *Regional Health Services Act*. Les établissements qui offrent des services en établissement aux alcooliques et aux toxicomanes doivent détenir un permis (voir ci-après). Santé Saskatchewan ou les régies régionales de la santé passent des ententes de services avec des organisations communautaires et sans but lucratif réglementées aux termes de la *Non-profit Corporations Act*.

Les services de désintoxication fournissent au client un milieu sûr et positif où il peut entreprendre un processus de sevrage de l'alcool ou d'une drogue et de stabilisation. Hébergement, repas et groupes d'entraide sont offerts pour une période maximale de dix jours.

Des services hospitaliers sont offerts aux personnes qui ont besoin d'un programme de rétablissement intensif en raison de leur consommation d'alcool ou de drogues ou celle d'autres personnes. Les services offerts comprennent des évaluations, des consultations, des programmes d'éducation et d'entraide pour une période de quatre semaines ou plus selon les besoins.

Personnes inscrites					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#) [1]	1 024 827	1 007 753	1 018 057	1 021 080	1 003 231

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	65	6	65	66	66
b. soins chroniques	0	0	0		
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	1
d. autres	0	0			
e. total	66	67	66	67	67
3. Paiement des services de santé assurés ($) :					
a. soins actifs	n.d.	811 561 671 [2]	867 261 000 [2]	922 675 000 [2]	1 173 115 000 [3]
b. soins chroniques	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. soins de réadaptation	n.d.	n.d. [4]	n.d. [4]	n.d. [4]	s.o. [4]
d. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
e. total	n.d.	811 561 671	867 261 000	922 675 000 [2]	1 173 115 000 [3]
Établissements privés à but lucratif	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0

1. Les nombres de la Saskatchewan sont pour le 30 juin.
2. Cette somme comprend le financement estimatif du gouvernement aux régies régionales de la santé (RRS), fondé sur les dépenses totales prévues moins les revenus de source non gouvernementale, tel qu'il a été fourni au ministère de la Santé de la Saskatchewan dans les plans opérationnels annuels des RRS.
   - Les soins actifs financés sont : les services de soins actifs; les services hospitaliers spécialisés; les services offerts par des spécialistes en milieu hospitalier.
   - Ne comprend ni les soins de réadaptation aux patients hospitalisés, ni les services de santé mentale aux patients hospitalisés, ni les services de traitement des toxicomanies.
   - Ne comprend pas les paiements à la Saskatchewan Cancer Agency pour les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie aux malades externes.
3. Pour l'instant, aucune information annuelle comparable n'est offerte.
4. Ce nombre est fondé sur les dépenses de fonctionnement vérifiées de régies régionales de la santé (RGA), tel que publié dans le rapport annuel de Santé Saskatchewan. Comme la majeure partie du financement pour les soins actifs est fournie par le Ministère, l'ultilisation des dépenses réelles plutôt que le budget (plans opérationnels des RGA) reflète plus exactement le financement fourni par la province.
   - Le financement des soins actifs comprend ce qui suit : les services de soins actifs, les services hospitaliers spécialisés et les services de spécialistes dans les hôpitaux.
   - Ne comprend pas les soins de réadaptation aux malades hospitalisés, les services de santé mentale aux malades hospitalisés et les services de traitement de la toxicomanie.
   - Ne comprend pas les paiements à la Saskatchewan Cancer Agency pour la chimiothérapie et la radiothérapie des malades externes.

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	4 422	4 561	4 307	4 566	4 627
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	23 447 100	30 528 100	30 461 943	33 671 100	36 828 100
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	50 401	45 510	51 678	55 067	52 591
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	7 144 800	6 405 900	9 345 190	11 044 200	11 573 400
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	287	231	254	248	242
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	1 891 800	728 400	730 849	2 033 300	2 473 400
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	1 049	875	1 002	1 194	1 454
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	359 400	373 300	251 957	1 486 500	1 019 500

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	936	946	967	990	1 003
b. spécialistes	700	716	718	729	750
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	1 636	1 662	1 685	1 719	1 753
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. paiements totaux ($)	421 709 330	449 108 573	491 805 817	528 759 380	554 193 389
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	10 269 461	9 933 689	9 970 606	10 033 881	9 944 187
b. paiements totaux ($)	290 471 821	304 538 785	337 816 629	362 884 810	369 664 529

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
19. Nombre de services (#)	458 100	509 784	513 694	542 651	603 687
20. Paiements totaux ($)	16 948 900	19 477 300	20 379 200	20 541 894	24 239 622
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
22. Paiements totaux ($)	1 129 300	583 200	510 600	695 900	692 600

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
23. Nombre de dentistes participants (#)	94	94	84	78	74
24. Nombre de services fournis (#)	18 500	18 300	19 400	18 511	18 203
25. Paiements totaux ($)	1 264 200	1 345 900	1 442 800	1 539 420	1 511 882

Alberta

Introduction : Le système de soins de santé de l'Alberta

L'Alberta offre des services médicalement nécessaires et assurés dans le cadre d'un système public qui respecte les principes de la *Loi canadienne sur la santé* : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. Les services médicalement nécessaires comprennent les soins hospitaliers, les services médicaux ainsi que certains types de services offerts par des chirurgiens-dentistes et d'autres professionnels des soins dentaires.

Gestion du système de santé

Le système de santé de l'Alberta est défini dans la *Loi* et géré par le ministre de la Santé et du Mieux-être. Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta assure l'orientation stratégique et la direction du système de santé provincial. Ce rôle consiste notamment à définir la vision globale du système de santé, à déterminer les buts, les objectifs, les normes et les politiques, à encourager l'innovation, à fixer les priorités et à affecter les ressources. Le rôle du Ministère est d'assurer la transparence et d'établir un équilibre entre les besoins en matière de services de santé et la responsabilité financière. Le Ministère a aussi un important rôle de promotion et de protection de la santé. Ce rôle consiste : 1) à surveiller l'état de santé de la population; 2) à déterminer les risques que représentent les maladies transmissibles ainsi que les dangers posés par les aliments, les médicaments et l'environnement, et à chercher à les réduire ou à les éliminer; 3) à fournir l'information nécessaire pour prévenir l'apparition de maladies et les blessures; 4) à encourager des choix santé.

Aux termes de la *Regional Health Authorities Act*, les régies régionales de la santé doivent rendre compte au ministre de la prestation de services de santé qui répondent aux besoins des personnes et des collectivités. Les régies régionales de la santé assurent la prestation de soins hospitaliers actifs, de soins communautaires et de longue durée, de services de santé mentale, de services de protection et de promotion de la santé publique et d'autres services connexes. Par ailleurs, aux termes de la *Cancer Programs Act*, l'Alberta Cancer Board doit rendre compte au ministre de la prestation de services de prévention et de traitement liés au cancer, de la sensibilisation à cette affection et des recherches dans ce domaine. En vertu de l'*Alcohol and Drug Abuse Act*, l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission est responsable, devant le ministre, de la prestation de services visant à régler les problèmes d'alcool et d'autres problèmes drogues et de jeux de hasard ainsi que de la réalisation de recherches connexes. L'Alberta Mental Health Board conseille le ministre sur les questions de politique et de stratégie relatives aux programmes et aux services de santé mentale. Le Health Quality Council of Alberta fait la promotion de la sécurité des patients et de la qualité des services de santé à l'échelle provinciale. Le conseil participe à la mise en œuvre et à l'évaluation de stratégies visant à améliorer la sécurité des patients et la qualité des services de santé; de plus, il interroge les Albertains sur leur expérience et leur satisfaction relativement aux services de santé. Les régies régionales de la santé ainsi que les conseils et les organismes de santé provinciaux ont également la responsabilité de déterminer les besoins, de fixer les priorités, d'affecter les ressources et de surveiller le rendement pour l'amélioration continue de la qualité, de l'efficacité et de l'accessibilité des services de santé. La législation albertaine sur la santé peut être consultée à l'adresse suivante :

http://www.health.alberta.ca/about/Minister_legislation.html (en anglais)

Faits marquants survenus en 2006-2007

En 2006-2007, le Ministère a poursuivi la réalisation de son but consistant à améliorer le rendement et l'accessibilité du système de santé lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins de la population albertaine. Voici quelques réalisations clés :

- Le nouveau cadre obligatoire sur la santé mentale, qui s'intitule *Positive Futures – Optimizing Mental Health for Alberta's Children and Youth: A Framework for Action (2006-2016)*, a été présenté.
- Le programme de dépistage de troubles métaboliques chez les nouveau-nés a été élargi de manière à inclure le dépistage de 17 autres troubles, dont la fibrose kystique.
- L'Alberta Provincial Stroke Strategy a été lancée. Cette stratégie constitue un partenariat entre le gouvernement provincial, les régies régionales de la santé et l'Alberta Heart and Stroke Foundation qui permet aux Albertains d'avoir plus facilement accès à des traitements et à des soins appropriés en cas d'accidents cérébrovasculaires (ACV). Le but de la stratégie est de réduire le taux d'ACV et d'améliorer les résultats en matière de traitement et de réadaptation.
- La *Cancer Prevention Legacy Act* a été adoptée en mai 2006. Cette loi contribue à bâtir un avenir sans cancer pour la population albertaine et démontre l'engagement de l'Alberta qui souhaite devenir un chef de file dans la lutte contre le cancer. La *Loi* a établi le fonds Alberta Cancer Prevention Legacy Fund, d'une valeur de 500 millions de dollars, qui appuiera des initiatives de prévention et de dépistage du cancer et de sensibilisation à cette maladie.
- Cinq nouveaux réseaux de soins primaires ont été mis en place, ce qui donne un total de 19 réseaux à travers la province. Ces réseaux regroupent plus de 900 médecins et offrent des services à plus d'un million d'Albertains.
- Le Health Quality Council of Alberta a obtenu le titre de conseil provincial de la santé aux termes de la *Regional Health Authorities Act* le 1er juillet 2006. Le conseil est un agent de changement au sein du système de santé; il agit en tant qu'organe indépendant pour ce qui est de mesurer, de suivre et d'évaluer la sécurité des patients et la qualité des services de santé dans toute la province.
- L'ébauche du cadre sur la politique de la santé a été présentée le 28 février 2006. Ce document décrit les orientations stratégiques de l'Alberta au niveau de la réforme du système de santé dans le but d'accroître la durabilité, la flexibilité et l'accessibilité. Le ministre a tenu de vastes consultations publiques en mars 2006; par la suite, un rapport intitulé *What We Heard* a été rendu public. Les Albertains ont fait savoir qu'ils appuyaient le renouvellement du système de santé; toutefois, ils n'étaient pas d'accord avec l'idée d'autoriser les médecins à travailler à la fois dans les systèmes public et privé, ni avec le fait de permettre aux individus de payer personnellement pour accéder à des services plus rapidement. À la lumière de ces commentaires, le cadre a été revu puis il a été publié en août 2006.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

La *Government Organization Act* énumère les ministères qui doivent relever de ministres en Alberta. L'Annexe 7 de cette loi spécifie les tâches, les fonctions et les pouvoirs particuliers du ministre de la Santé et du Mieux-être. Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta administre le régime d'assurance-santé de l'Alberta à des fins non lucratives et conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. Depuis 1969, *l'Alberta Health Care Insurance Act* régit les activités du

régime d'assurance-santé de l'Alberta. Le ministre de la Santé et du Mieux-être détermine les services assurés par le régime d'assurance-santé de l'Alberta. Pour déterminer les produits, services ou appareils médicaux qui seront assurés par le régime, le Ministère examine la documentation scientifique, consulte des experts-conseils, évalue les politiques et prend en compte la formation et le financement requis.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être inscrit les résidents albertains admissibles à la couverture prévue du régime et rémunère les praticiens pour la prestation de services assurés qui figurent aux barèmes des prestations médicales et des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale. Le Ministère finance également les régies régionales de la santé et les conseils provinciaux qui assurent la prestation de services hospitaliers assurés.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministre de la Santé et du Mieux-être est entièrement responsable du régime d'assurance-santé de l'Alberta, qui est géré par les fonctionnaires du Ministère. Aux termes des articles 13 et 14 de la *Government Accountability Act*, le ministre doit produire un plan d'activités et un rapport annuel pour chaque exercice. Le plan d'activités triennal du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta pour la période de 2006 à 2009 a été déposé à l'Assemblée législative de l'Alberta le 22 mars 2006. Le rapport annuel du ministre documente les principales activités du système de soins de santé, notamment en ce qui a trait au régime d'assurance-santé de l'Alberta, et fournit des états financiers consolidés de l'exercice précédent. Il présente également de l'information sur les réalisations et les résultats clés par rapport aux principales mesures de rendement et cibles prévues dans le plan d'activités de l'exercice précédent. Le rapport annuel 2006-2007 du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta a été dévoilé publiquement le 27 septembre 2007 et il peut être consulté à :

http://www.health.alberta.ca/resources/AR07.html (en anglais)

Le Ministère publie également un supplément statistique annuel sur les données du régime d'assurance-santé de l'Alberta. Une annonce sera faite lorsque le supplément statistique pour 2006-2007 sera disponible.

Aux termes de l'article 16 de la *Government Accountability Act*, les « organismes responsables » (à savoir les régies régionales de la santé et les conseils de santé provinciaux) doivent préparer puis présenter au ministre un plan d'activités et un rapport annuel pour chaque exercice. L'article 9 de la *Regional Health Authorities Act* stipule de plus que les régies régionales de la santé et les conseils de santé provinciaux doivent fournir au ministre un plan en matière de santé indiquant comment ils assumeront leurs responsabilités aux termes de l'article 5 de la *Loi* et mesureront leur rendement. Les plans en matière de santé et les plans d'activités doivent être présentés au ministre au plus tard le 31 mars de chaque année. Les rapports annuels des régies régionales doivent lui être présentés au plus tard le 31 juillet de chaque année, et être déposés à l'Assemblée législative de l'Alberta dans les 15 jours suivant le début de la session suivante.

1.3 Vérifications des comptes

Le vérificateur général de l'Alberta est le vérificateur de tous les ministères et services gouvernementaux, de tous les fonds réglementés et de tous les organismes provinciaux; il doit garantir au public la crédibilité des rapports financiers gouvernementaux. Il présente des rapports dans lesquels il évalue la gestion de la réglementation, les structures de gestion, les systèmes comptables et les systèmes de contrôle de la gestion, dont ceux devant garantir l'économie et l'efficience. Il vérifie les rapports de rendement, les dossiers et les états financiers du ministère de la Santé et du Mieux-être ainsi que des régies régionales de la santé et des conseils de santé provinciaux.

Le Ministère a fait l'objet d'une vérification complète des états financiers de la part du vérificateur général de l'Alberta. Les états des résultats et des flux de trésorerie ainsi que le bilan ont été vérifiés. La vérification a été menée selon les normes de vérification généralement reconnues et comprenait l'examen des preuves à l'appui des sommes et des déclarations contenues dans les états financiers. Cet exercice incluait également l'évaluation des principes comptables utilisés et des estimations importantes produites par le Ministère ainsi que de la présentation générale des états financiers. Les rapports provisoires du vérificateur, datés du 11 juin 2007, indiquaient que les états présentaient de façon juste, à tous égards importants, la situation financière et les résultats des activités pour l'exercice prenant fin le 31 mars 2007.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

En Alberta, les régies régionales de la santé rendent compte au ministre de la prestation des services hospitaliers assurés, sauf ceux des centres anticancéreux, qui relèvent de l'Alberta Cancer Board. La *Hospitals Act*, le *Hospitalization Benefits Regulation* (AR 244/1990), la *Health Care Protection Act* et le *Health Care Protection Regulation* (AR 208/2000) définissent la façon dont les services assurés sont fournis par les hôpitaux ou les établissements de chirurgie désignés. Aux termes de la *Loi*, le ministre doit approuver tous les établissements hospitaliers et tous les établissements de chirurgie. Un répertoire des hôpitaux approuvés en Alberta se trouve à l'adresse suivante :

http://www.health.alberta.ca/regions/RHA_map.html (en anglais)

En 2006-2007, aucune modification n'a été apportée à la *Loi* régissant les services hospitaliers assurés.

La *Health Care Protection Act* de l'Alberta régit la prestation de services chirurgicaux par des établissements chirurgicaux extra-hospitaliers. La prestation de services assurés exige que le ministre approuve un marché entre l'exploitant de l'établissement et une régie régionale de la santé. Sont également exigés la désignation par le ministre d'un établissement de chirurgie autre qu'un hôpital et l'agrément par le Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta. Selon le Collège, il y aurait présentement 60 établissements chirurgicaux extra-hospitaliers agréés. De ce nombre, 27 établissements ont des contrats avec des régies régionales de la santé pour la prestation de services assurés.

En vertu de la *Health Care Protection Act*, le ministre peut approuver une entente contractuelle seulement si :

- les services chirurgicaux assurés sont conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*;
- il y a, et il y aura vraisemblablement à l'avenir, un besoin en ce qui concerne les services dans la région visée;
- les services chirurgicaux proposés n'ont pas d'incidence négative sur le système de santé public de la province;
- un avantage est prévu pour le public;
- la régie régionale de la santé a prévu un plan d'affaires acceptable pour le paiement des services;
- l'entente proposée renferme des attentes et des mesures en ce qui concerne le rendement;
- les médecins qui fourniront les services le feront conformément aux exigences en matière de conflits d'intérêts et d'éthique de la *Medical Profession Act* et de son *Règlement d'application*.

Les services financés par l'État fournis dans les hôpitaux autorisés de l'Alberta vont des services de diagnostic et de traitement des niveaux les plus élevés fournis aux malades hospitalisés et externes aux soins courants et à la prise en charge des patients présentant une affection chronique diagnostiquée. Les services auxquels les patients ont accès en

Alberta sont définis dans le *Hospitalization Benefits Regulation* (AR 244/1990). Le règlement se trouve à l'adresse suivante :

http://www.health.alberta.ca/about/Minister_legislation.html (en anglais)

2.2 Services médicaux assurés

Le *Health Care Insurance Act* d'Alberta régit la rétribution des médecins pour les services médicaux assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé de l'Alberta (section 6). Seuls les médecins qui satisfont aux exigences de l'*Alberta Health Care Insurance Act* peuvent offrir des services assurés au titre du régime d'assurance-santé de l'Alberta. Outre les services de médecin, le régime d'assurance-santé de l'Alberta prend en charge un certain nombre d'autres services fournis par des praticiens, notamment les chiropraticiens, les denturologistes, les dentistes, les opticiens, les optométristes et les podiatres.

En date du 31 mars 2007, 7 411 médecins étaient inscrits au régime d'assurance-santé de l'Alberta. Pour s'inscrire à ce régime, le médecin doit remplir le formulaire d'inscription approprié et fournir une copie de son permis d'exercice délivré par un organisme de réglementation de la profession compétent, comme le Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta. Aux termes de l'article 8 de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, les médecins peuvent choisir de ne pas participer au régime d'assurance-santé de la province. En date du 31 mars 2007, il n'y avait aucun médecin non participant dans la province.

L'*Alberta Health Care Insurance Regulation* définit les services qui ne sont pas considérés comme étant des services de santé de base ou complémentaires. Le *Medical Benefits Regulation* établit les services qui sont payés pour ce qui est des services médicaux assurés fournis aux résidents de l'Alberta. Ces services sont documentés dans le barème des prestations médicales affiché à l'adresse suivante :

http://www.health.alberta.ca/professionals/somb.html (en anglais)

Le barème des prestations médicales est constamment révisé et mis à jour. En 2006-2007, le barème a été révisé en vue d'inclure : l'évaluation d'un trouble non lié en association avec une indemnité d'accident du travail ou un tiers payeur; l'échographie oculaire pour la chirurgie de la cataracte ainsi que le diagnostic et la mesure de lésions intra-oculaires; la fermeture percutanée d'une communication interauriculaire. De plus, le barème a été profondément révisé afin de rembourser les médecins pour la portion anesthésie de nouveaux services de chirurgie podiatrique.

Les services médicaux assurés et les modifications apportées au barème des prestations médicales se négocient entre le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta, l'Alberta Medical Association (AMA) et les régies régionales de la santé. Toutes les modifications apportées au barème des prestations médicales doivent être approuvées par le ministre.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Un dentiste peut effectuer quelques actes de chirurgie dentaire assurés, mais la plupart de ces interventions peuvent seulement être facturées au régime d'assurance-santé de l'Alberta lorsqu'elles sont pratiquées par un dentiste spécialisé en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui satisfait aux dispositions de l'*Alberta Health Care Insurance Act*. En vertu de l'article 7 de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, tous les dentistes sont réputés participer au régime. Un dentiste peut se désengager du régime en avisant le ministre par écrit de la date de son retrait et en s'assurant que chaque patient est informé qu'il n'exerce plus dans le cadre du régime avant que des services quelconques ne lui soient fournis. En date du 31 mars 2007, aucun dentiste ne s'était désengagé du régime de l'Alberta.

L'Alberta assure un certain nombre d'interventions de chirurgie buccale et maxillo-faciale médicalement nécessaires qui figurent dans le barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale, affiché à l'adresse suivante :

http://www.health.alberta.ca/professionals/allied.html (en anglais)

En 2006-2007, 220 dentistes et dentistes spécialisés en chirurgie buccale et maxillo-faciale fournissaient des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé de l'Alberta. Il n'existe pas d'entente officielle entre les dentistes et le ministère de la Santé et du Mieux-être, mais le Ministère rencontre les membres de l'Alberta Dental Association and College pour discuter des modifications du barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale. Toute modification du barème doit être approuvée par le ministre.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

L'article 12 du *Health Care Insurance Regulation* définit les services qui ne sont pas réputés être des services assurés. Le paragraphe 4(2) du *Hospitalization Benefits Regulation* dresse la liste des services hospitaliers non assurés.

La politique provinciale pour les chambres privées ou semi-privées et les biens ou services hors normes se trouve sur le site Web du Ministère :

http://www.health.alberta.ca/regions/PrefAcc.pdf

La politique expose les attentes de la province à l'égard des autorités régionales de la santé et guide la prise de décisions de ces dernières en ce qui concerne l'offre de chambres privées ou semi-privées et la prestation de biens et de services bonifiés ou hors normes. Ce cadre de politique exige que les régies régionales de la santé donnent un avis de 30 jours aux autres régies régionales de la santé et à la personne désignée par le ministre quant aux catégories de chambres offertes par la région sanitaire et aux frais imposés pour chaque catégorie. Les régies régionales de la santé doivent également fournir un avis de 30 jours aux autres régies régionales de la santé et à la personne désignée par le ministre quant aux biens ou aux services qui seront fournis comme biens ou services hors normes. Elles doivent aussi fournir des renseignements au sujet des frais pour ces biens ou services et, s'il y a lieu, indiquer les critères ou les signes cliniques qui pourraient permettre à des patients d'en bénéficier en tant que biens ou services standard. Enfin, chaque régie régionale de la santé doit publier et tenir à jour une liste des biens et des services médicaux hors normes; ces listes sont revues périodiquement par le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta et les régies régionales de la santé.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

Aux termes de la *Health Care Insurance Act*, tous les habitants de l'Alberta sont admissibles aux services de santé financés par le secteur public au titre du régime d'assurance-santé de l'Alberta. Par « habitant », on entend une personne légalement autorisée à être et à rester au Canada, qui est domiciliée en Alberta et qui y vit habituellement. Le terme « habitant » exclut les touristes et les personnes de passage ou en visite en Alberta. Les personnes de l'étranger qui déménagent en Alberta pour y établir leur résidence permanente sont admissibles à la couverture si elles ont le statut de résident permanent, ou de résident permanent ou de citoyen canadien rentrant au pays. Les résidents temporaires peuvent également être admissibles au régime s'ils ont l'intention de demeurer en Alberta pendant 12 mois et si leurs documents d'entrée au Canada sont en règle.

Les habitants qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance-santé de l'Alberta sont les suivants :

- les membres des Forces canadiennes;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) nommés à un grade;
- les détenus des pénitenciers fédéraux.

En 2006-2007, aucune modification relative à l'admissibilité n'a été apportée à la *Loi*.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Les nouveaux habitants de l'Alberta doivent s'inscrire au régime d'assurance-santé de la province et y inscrire également leurs personnes à charge admissibles. Ils doivent présenter leur demande d'inscription dans les trois mois de leur arrivée. Les membres d'une même famille sont inscrits au même compte aux fins de la facturation des primes. Les personnes arrivant de l'extérieur du Canada sont inscrites au régime le jour où elles deviennent des résidentes de l'Alberta. Toutefois, elles n'ont pas droit aux taux subventionnés pendant les 12 premiers mois de résidence en Alberta. Le processus d'inscription au régime et de délivrance de cartes de remplacement exige que les personnes qui s'inscrivent produisent des pièces d'identité et des documents attestant qu'elles sont autorisées à être au Canada et qu'elles résident en Alberta. Ces mesures ont accru la sécurité et la protection de la confidentialité, tout en réduisant les risques de fraude et d'abus. En date du 31 mars 2007, 3 384 625 habitants de l'Alberta étaient inscrits au régime d'assurance-santé. En vertu de la *Health Insurance Premiums Act*, un habitant peut se retirer du régime d'assurance-santé de l'Alberta en présentant une déclaration en ce sens au Ministre. En date du 31 mars 2007, 255 habitants de l'Alberta s'étaient retirés du régime.

3.3 Autres catégories de personnes

Les résidents temporaires en provenance de l'étranger qui peuvent être réputés résidents du Canada sont notamment les personnes ayant une fiche de visiteur ou une autorisation d'études ou d'emploi et les titulaires d'un permis ministériel. En date du 31 mars 2007, 29 477 personnes étaient couvertes aux termes de conditions semblables.

3.4 Primes

La majorité des habitants de l'Alberta doivent payer des primes d'assurance-santé, à l'exception :

- des personnes à charge (les habitants de la province doivent payer des primes au nom de leurs personnes à charge);
- des membres des Forces canadiennes;
- des membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) nommés à un grade;
- des détenus des pénitenciers fédéraux;
- des personnes de 65 ans et plus ainsi que de leur conjoint et personnes à charge;
- des particuliers inscrits dans le cadre de groupes spéciaux comme l'Alberta Widows' Pension ou les programmes de soutien du revenu;
- de quiconque a droit à la subvention complète aux fins du paiement de la prime;
- de toute personne qui choisit de se retirer du régime.

Même si les Albertains doivent payer des primes, la couverture ne sera refusée à aucun habitant de la province parce qu'il ne peut payer ses primes. Deux programmes aident les Albertains à faible revenu, autres que des aînés, à payer les primes : le Premium Subsidy Program (subventions) et le Waiver of Premium Program (exonération totale des primes).

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

En vertu de la *Alberta Health Care Insurance Act*, les personnes d'une autre région du Canada qui déménagent en permanence en Alberta sont assurées à compter du premier jour du troisième mois suivant leur arrivée, pourvu qu'elles s'inscrivent dans les trois mois de leur arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le régime d'assurance-santé de l'Alberta offre une couverture pour les 12 premiers mois d'absence des habitants admissibles de l'Alberta qui résident temporairement ailleurs au Canada. Les personnes qui désirent prolonger cette couverture peuvent demander les prolongations suivantes :

- quatre ans (48 mois) si l'absence est attribuable au travail, aux affaires ou à des œuvres missionnaires;
- deux ans (24 mois) si l'absence est attribuable à un voyage, à des visites personnelles ou à un congé de formation (sabbatique);
- la durée des études si l'absence est attribuable à l'inscription à temps plein à un établissement d'enseignement agréé.

Les personnes qui s'absentent régulièrement de l'Alberta chaque année doivent habituellement y passer un total cumulatif de 183 jours au cours d'une période de 12 mois pour demeurer assurées. Les personnes qui ne sont pas présentes en Alberta pendant les 183 jours prescrits peuvent être réputées résidentes de l'Alberta si elles convainquent le ministère de la Santé et du Mieux-être que l'Alberta est leur lieu de résidence permanent et principal.

L'Alberta est partie aux ententes interprovinciales de facturation réciproque des services hospitaliers et médicaux. Ces ententes visent à limiter le nombre de processus de facturation complexes et à faire en sorte que les professionnels de la santé qui fournissent des services aux habitants d'une autre province ou d'un autre territoire (sauf le Québec qui n'y participe pas) soient payés dans les meilleurs délais possibles. Aux termes de ces ententes, l'Alberta paie les coûts des services assurés reçus ailleurs au Canada par les Albertains aux taux de la province ou du territoire où le service a été rendu. En 2006-2007, aucune modification n'a été apportée à la loi concernant la transférabilité à l'intérieur du pays. Au cours de l'exercice 2006-2007, l'Alberta a versé 53,7 millions de dollars pour des services hospitaliers d'urgence fournis à des résidents de l'Alberta hospitalisés et ayant obtenu des services de consultation externe dans d'autres provinces. D'autres renseignements sur la couverture pendant les absences temporaires au Canada sont fournis à :

http://www.health.alberta.ca/ahcip/ahcip_travel.html (en anglais)

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'étranger

La couverture du régime d'assurance-santé de l'Alberta est offerte les six premiers mois consécutifs d'absence temporaire à l'étranger. Les habitants de la province qui désirent prolonger cette couverture peuvent demander les prolongations suivantes :

- quatre ans (48 mois) si l'absence est attribuable au travail, aux affaires ou à des œuvres missionnaires;
- deux ans (24 mois) si l'absence est attribuable à un voyage, à des visites personnelles ou à un congé de formation (sabbatique);
- la durée des études si l'absence est attribuable à l'inscription à temps plein à un établissement d'enseignement agréé.

Les personnes qui s'absentent régulièrement de l'Alberta chaque année doivent habituellement y passer un total cumulatif de 183 jours au cours d'une période de 12 mois pour demeurer assurées. Les personnes qui ne sont pas présentes en Alberta pendant les 183 jours prescrits peuvent être réputées résidentes de l'Alberta si elles convainquent le ministère de la Santé et du Mieux-être que l'Alberta est leur lieu de résidence permanent et principal.

Le montant maximal payable à l'égard de services hospitaliers aux patients hospitalisés à l'extérieur du pays est de 100 dollars canadiens par jour (excluant le jour du congé). Le taux par visite des soins aux malades externes est de 50 dollars canadiens, à raison d'une visite par jour. La seule exception est l'hémodialyse qui peut commander un maximum de 341 $

par visite, à raison d'une visite par jour. Les services offerts par des médecins et des membres de professions paramédicales sont payés aux taux de l'Alberta. On peut obtenir de plus amples renseignements sur la protection au cours d'absences temporaires à l'étranger à :

http://www.health.alberta.ca/ahcip/ahcip_travel.html

Aucune modification relative à la transférabilité n'a été apportée à la *Loi* en 2006-2007. Au cours de l'exercice 2006-2007, l'Alberta a versé 1,6 million de dollars pour des services hospitaliers d'urgence fournis à des résidents de l'Alberta hospitalisés et ayant obtenu des services de consultation externe dans un autre pays.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable n'est pas nécessaire pour les services assurés non urgents reçus au Canada, mais à l'extérieur de l'Alberta, sauf pour les actes médicaux onéreux non compris dans les ententes de réciprocité, comme la chirurgie pour changement de sexe et la chirurgie au scalpel gamma. Une approbation préalable est nécessaire pour les services non urgents reçus hors du pays et ne sera accordée que pour les services assurés qui sont médicalement nécessaires, ne sont pas expérimentaux et ne sont pas offerts en Alberta ni ailleurs au Canada. Pour être pris en charge par le régime, ces services doivent être préalablement approuvés.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Tous les habitants de l'Alberta ont accès aux services de santé financés et assurés par la province, peu importe où ils habitent. Dans la province, neuf régies régionales de la santé, l'Alberta Cancer Board, l'Alberta Mental Health Board et le Health Quality Council of Alberta collaborent pour assurer à tous les Albertains l'accès aux services de santé nécessaires. Deux grandes régions métropolitaines, les régions sanitaires de Calgary et de la capitale (Edmonton), fournissent pour l'ensemble de l'Alberta des services de santé payés aux habitants de la province qui ont besoin de services de diagnostic ou de traitement de niveau tertiaire.

L'Alberta est déterminée à s'assurer que les Albertains ont accès aux nouvelles technologies et aux nouveaux services dans le domaine de la santé, et que l'introduction de ces technologies et services s'appuie sur des données cliniques et économiques qui justifient les avantages et les coûts. L'Alberta Health Technologies Decision Process et l'Alberta Advisory Committee on Health Technologies ont été établis pour appuyer les décisions relatives à la couverture et au financement au niveau provincial des technologies et services non pharmaceutiques selon un processus fondé sur des données probantes.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le ministère de la Santé et du Mieux-être, les autorités régionales de la santé, l'Alberta Cancer Board et l'Alberta Mental Health Board participent activement à un processus de planification qui vise à assurer la présence d'un nombre suffisant de professionnels de la santé clés dans la province. Les principales professions appelées à fournir les services hospitaliers assurés sont les médecins, les infirmières (infirmières autorisées, auxiliaires et praticiennes), les pharmaciens, les thérapeutes en réadaptation (ergothérapeutes, physiothérapeutes et inhalothérapeutes) et le personnel de soutien clinique. En date du 31 mars 2007, l'Alberta comptait environ 52 700 praticiens dans le domaine de la santé. Collectivement, ces professionnels comptent pour environ la moitié du personnel total employé dans la province.

Les régies régionales de la santé doivent élaborer des plans d'immobilisations dans le cadre des plans d'activités annuels qu'elles présentent au ministre de la Santé et du Mieux-être. En 2006-2007, le

financement des régies régionales de la santé et des conseils provinciaux (comprenant les services de santé, les hôpitaux, l'équipement médical et les services offerts pour l'ensemble de la province) s'est élevé à 6,1 milliards de dollars.

Le plan d'immobilisations du Ministère pour 2006-2009 prévoyait des fonds pour rénover et agrandir les établissements de santé en place et construire de nouveaux établissements. Les principaux travaux d'agrandissement d'hôpitaux existants se déroulent à Calgary, à Edmonton, à Lethbridge, à Rimbey, à Edson, à Barrhead et à Viking. De nouveaux hôpitaux sont construits à Calgary, à Sherwood Park, à Fort Saskatchewan et à High Prairie. De plus, des établissements de soins de longue durée plus vieux sont remplacés à Red Deer, à High Prairie, à Vermilion et à Vegreville. Les travaux de construction du nouvel institut Mazankowski Alberta Heart Institute se poursuivent à Edmonton. Le nouvel établissement, qui est presque prêt, améliorera les options de traitement en cardiologie qui sont offertes à la population albertaine et fera progresser les initiatives de recherche et d'innovation prioritaires à la fois pour la région sanitaire de la capitale et pour l'University of Alberta. En raison de la croissance rapide des coûts de construction, les budgets de nombreux projets d'immobilisations ont augmenté, au cours de la dernière année, au-delà de ce qui avait été prévu initialement. Afin de compenser ces coûts additionnels, le gouvernement a attribué une somme supplémentaire de 221 millions de dollars, ce qui permettra d'atténuer les pressions relatives à l'escalade des coûts exercées sur des projets de santé pour la période 2007-2010.

En vue d'assurer une meilleure couverture de la thérapie photodynamique oculaire, le financement des services à la grandeur de la province a été assuré. Cette couverture accrue aide à prévenir la cécité chez les Albertains plus âgés. L'accès à des services de santé mentale pour les enfants a été défini comme étant prioritaire pour le Ministère. Des objectifs de délai d'attente pour les services de santé mentale pour les enfants ont été établis et communiqués à toutes les régions sanitaires en octobre 2006. L'Alberta Mental Health Board et les régies régionales de la santé ont entrepris des travaux de planification visant l'atteinte de ces objectifs de délai d'attente.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Une ébauche de plan d'action sur l'effectif de la santé a été élaborée dans le but de s'attaquer aux principaux manques à gagner en matière de main-d'œuvre dans le système de santé; elle a été présentée au gouvernement à des fins d'approbation finale. Ce plan compte deux parties. La première porte sur la modification de l'effectif pour favoriser des changements au niveau de la prestation des services, tandis que la seconde aborde la question du renforcement de la capacité de l'effectif pour garantir la disponibilité future de travailleurs de la santé. Dans le cadre du plan d'action global sur l'effectif de la santé, un plan d'action sur l'effectif en milieu rural a été établi pour se pencher sur les manques à gagner actuels et futurs en matière d'effectif de la santé en milieu rural au moyen de diverses stratégies provinciales de recrutement et de maintien en poste.

Voici quelques-unes des mesures prises pour améliorer l'accès aux services médicaux et dentaires :

- Cinq nouveaux réseaux de soins primaires ont été mis en place, ce qui donne un total de 19 réseaux à travers la province. Ces réseaux regroupent plus de 900 médecins et offrent des services à plus d'un million d'Albertains. Les réseaux de soins primaires œuvrent en équipe pour coordonner les soins à leurs patients. Les médecins de famille travaillent avec ces réseaux pour mieux intégrer les services de santé en assurant la liaison avec les services régionaux, comme les soins à domicile. Les médecins de famille peuvent également travailler en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé, comme des infirmières, des diététistes, des pharmaciens, des physiothérapeutes et des spécialistes de la santé mentale.

- Le programme Aboriginal Health Careers a offert une aide à 62 étudiants autochtones boursiers. Ces bourses aident des étudiants autochtones à poursuivre leur objectif de travailler dans le domaine de la santé.
- Le Ministère a accordé 8 millions de dollars en mars 2007 au soutien des médecins qui enseignent à des résidents en médecine. Ce financement additionnel a permis à un plus grand nombre de résidents en médecine de recevoir la formation dont ils ont besoin pour satisfaire aux exigences liées à la pratique clinique et à l'enseignement.
- Le Ministère a travaillé en collaboration avec Alberta Advanced Education and Technology pour aider à répondre aux besoins futurs de l'effectif de la santé en Alberta. Le gouvernement s'est engagé à financer la création de 467 nouvelles places pour des étudiants en soins infirmiers, à compter de septembre 2007, afin de répondre à la demande croissante d'infirmières dans la province. À Edmonton, 207 places en soins infirmiers seront ajoutées au Grant MacEwan College. À Calgary, un nouveau programme de soins infirmiers de quatre ans mis en place au Mount Royal College pourra accueillir 260 étudiants. Grâce à ces nouvelles places, 3 200 étudiants pourraient être inscrits dans les programmes de soins infirmiers de la province d'ici l'automne 2007.
- Le Provincial Nominee Program a permis de pourvoir à 37 postes en 2006-2007. Le programme accorde à des diplômés internationaux en médecine le statut de citoyen permanent, ce qui leur permet de rester au pays et de continuer à fournir des services de santé. Étant donné que le Provincial Nominee Program accélère le processus d'obtention de la citoyenneté, il a permis d'attirer des travailleurs de la santé en Alberta.
- Le Ministère a accordé une subvention au département de médecine dentaire de l'University of Alberta pour appuyer le Dental Outreach Program. Ce programme a permis à des étudiants en médecine dentaire d'améliorer leurs compétences tout en offrant des services dentaires grandement nécessaires à des communautés éloignées et mal desservies à travers l'Alberta.

5.4 Rémunération des médecins

L'*Alberta Health Care Insurance Act* régit la rémunération des médecins. La plupart des médecins albertains sont rémunérés par le régime d'assurance-santé de l'Alberta selon le mode traditionnel de rémunération à l'acte, qui est fonction du volume. Les régimes prévoyant d'autres modes de rémunération et les réseaux de soins primaires auxquels participent des spécialistes et des médecins de famille contribuent à l'amélioration des résultats sanitaires en favorisant une prestation de soins novatrice.

La rémunération des médecins est négociée dans le cadre d'un accord trilatéral entre l'Alberta Medical Association, le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta et les régies régionales de la santé. Cet accord prévoit l'amélioration de l'accès aux services médicaux. Aux termes du même accord, d'autres modes de rémunération (AMR) ont été institués pour favoriser le recrutement et le maintien en poste de médecins spécialistes, la prestation des services en équipe, l'accès aux services, la satisfaction des patients et l'optimisation des ressources. Les AMR assurent un financement prévisible qui permet aux groupes de médecins de recruter de nouveaux médecins dans leurs programmes et de retenir leurs services. Ces AMR sont uniques en ce sens qu'ils offrent des solutions de rechange au financement traditionnel de la prestation des services de santé par le gouvernement.

Cet accord autorise également les médecins de famille à établir des partenariats avec leurs régions sanitaires pour créer des réseaux de soins primaires appelés à gérer l'accès à toute heure du jour aux services de première ligne. Les réseaux de soins primaires œuvrent en équipe pour coordonner

les soins à leurs patients. Les médecins de famille travaillent avec les régions sanitaires pour mieux intégrer les services de santé en assurant la liaison avec les services régionaux, comme les soins à domicile. Les médecins de famille peuvent également travailler avec d'autres professionnels de la santé, comme des infirmières, des diététistes, des pharmaciens, des physiothérapeutes et des spécialistes de la santé mentale, qui aident à fournir des services à l'intérieur des réseaux.

À l'instar de la majorité des médecins, les dentistes qui fournissent des services de chirurgie buccale et maxillo-faciale assurés aux termes du régime d'assurance-santé de l'Alberta reçoivent de celui-ci une rémunération à l'acte, qui est fonction du volume. Le ministère de la Santé et du Mieux-être établit les tarifs par voie de consultation avec l'Alberta Dental Association and College.

5.5 Paiements aux hôpitaux

La *Regional Health Authorities Act* régit le financement des régies régionales de la santé et des conseils provinciaux. En Alberta, le financement fondé sur la population est la formule retenue pour fournir aux régies régionales de la santé l'argent requis pour assurer la prestation de la plupart des services hospitaliers assurés. Les régies régionales reçoivent également une subvention pour les services de soins de santé mentale assurés fournis dans les hôpitaux psychiatriques et les services de santé mentale en milieu communautaire. Les régions sanitaires de la capitale et de Calgary reçoivent des fonds pour fournir des services hautement spécialisés à tous les habitants de la province. Pour sa part, l'Alberta Cancer Board reçoit des fonds de subventions pour la prestation de services assurés dans les centres anticancéreux et le paiement des services d'oncologie reçus dans les hôpitaux régionaux. Les régies régionales de la santé et l'Alberta Cancer Board doivent planifier l'allocation du financement des services hospitaliers assurés selon les évaluations des besoins régionaux et les plans de santé.

6.0 Reconnaissance

Dans le rapport annuel du Ministère, les états financiers consolidés indiquent les contributions fédérales versées au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS). Le rapport annuel de 2006-2007 du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta est affiché à l'adresse suivante :

http://www.health.alberta.ca/resources/AR07.html

7.0 Services complémentaires de santé

L'Alberta assure également la couverture totale ou partielle de services de santé non obligatoires aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces services incluent les soins à domicile et les soins de longue durée; les services de santé mentale; les services de dentisterie, de denturologie et d'optométrie pour les bénéficiaires de la pension aux personnes veuves de l'Alberta et leurs personnes à charge; les soins palliatifs; les programmes d'immunisation pour les enfants; les services paramédicaux, comme l'optométrie (pour les personnes de moins de 19 ans et de plus de 64 ans); les services de chiropractie et de podiatrie; les médicaments et autres prestations par l'entremise de la Croix-Bleue de l'Alberta.

Personnes inscrites					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	3 124 487	3 165 157	3 210 035	3 275 931	3 384 625

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	100	102	101	101	102
b. soins chroniques	110	107	106	103	98
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	1
d. autres	3	3	3	3	3
e. total	214	213	211	208	204
3. Paiement des services de santé assurés ($) :					
a. soins actifs	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. soins chroniques	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
c. soins de réadaptation	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
d. autres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
e. total	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Établissements privés à but lucratif	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	n.d.	n.d.	n.d.	n.d. [1]	n.d. [1]
b. établissements d'imagerie diagnostique	n.d.	n.d.	n.d.	n.d. [1]	n.d. [1]
c. total	n.d.	n.d.	n.d.	n.d. [1]	n.d. [1]
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. établissements d'imagerie diagnostique	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
c. total	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
6. Nombre total de demandes malades hospitalisés (#)	4 275	4 651	4 550	4 508	4 608
7. Paiements totaux malades hospitalisés ($)	15 753 884	19 411 517	20 139 919	21 080 232	22 005 293
8. Nombre total de demandes consultations externes (#)	67 975	68 469	72 495	77 438	82 710
9. Paiements totaux consultations externes ($)	7 953 195	7 982 851	11 473 142	12 820 959	14 305 024
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes malades hospitalisés (#)	3 698	3 319	4 266	4 124	3 698
11. Paiements totaux malades hospitalisés ($)	340 169	300 233	381 217	379 710	336 859
12. Nombre total de demandes consultations externes (#)	3 739	3 405	4 089	3 918	3 816
13. Paiements totaux consultations externes ($)	206 684	212 949	227 609	222 896	224 761

1. Ces données se trouvent sur le site Web du College of Physicians and Surgeons of Alberta à http://www.cpsa.ab.ca/home/home.asp (en anglais).

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	2 841	2 937	3 026	3 122	3 237
b. spécialistes	2 365	2 426	2 475	2 463	2 613
c. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. total	5 206	5 363	5 501	5 585	5 850
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
b. spécialistes	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. autres	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. total	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. paiements totaux ($)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	29 328 923	30 044 400	31 683 660	33 428 098	34 031 123
b. paiements totaux ($)	1 225 626 637	1 272 779 982	1 348 724 184	1 472 634 054	1 558 128 163

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
19. Nombre de services (#)	559 503	485 841	444 884	479 029	463 410
20. Paiements totaux ($)	13 880 981	15 139 409	15 871 755	17 745 928	17 450 377
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	21 289	20 753	26 017	24 944	22 909
22. Paiements totaux ($)	976 232	963 299	1 208 422	1 049 384	1 054 544

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
23. Nombre de dentistes participants (#)	234	216	216	230	220
24. Nombre de services fournis (#)	16 759	14 802	14 658	17 007	16 783
25. Paiements totaux ($)	2 394 458	2 404 042	2 843 638	3 275 978	3 637 243

Colombie-Britannique

Introduction

La Colombie-Britannique a un système de soins de santé intégré et progressif qui comprend les services assurés aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les services financés entièrement ou partiellement par le gouvernement de la Colombie-Britannique et les services réglementés mais non financés par celui-ci. Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a la responsabilité globale d'assurer la disponibilité de services de santé appropriés, opportuns et de qualité pour les Britanno-Colombiens. Le Ministère travaille avec six régies de la santé, des fournisseurs de soins, des organismes et d'autres groupes dans le but d'assurer un accès aux soins. Le Ministère assume un leadership auprès des partenaires de l'exécution des services, en plus de leur offrir une orientation et du soutien, et il définit des buts, des normes et des attentes à l'échelle provinciale en ce qui a trait à la prestation de services de santé par les régies de la santé.

Le Ministère gère directement un certain nombre de programmes et de services provinciaux. Parmi les programmes directement gérés, on compte les suivants : le régime d'assurance-santé (Medical Services Plan), qui couvre la plupart des services médicaux; l'assurance-médicaments, qui offre aux Britanno-Colombiens une assurance pour les médicaments de prescription; l'Emergency Health Services Commission, qui fournit des services ambulanciers à travers la province. Le Ministère s'occupe également de programmes de santé et d'information à l'intention des Britanno-Colombiens, dont le Guide-santé – Colombie-Britannique et le programme NurseLine ainsi que l'organisme BC Vital Statistics Agency.

Les six régies de la santé de la province sont les principales organisations responsables de la prestation des services de santé à l'échelle locale. Cinq régies régionales de la santé assurent la prestation d'un continuum complet de services de santé afin de répondre aux besoins de la population dans leur région respective. Une sixième régie de la santé, la Provincial Health Services Authority, est responsable de la gestion de la qualité, de la coordination et de l'accessibilité de certains programmes et services de santé provinciaux, dont les programmes et les services spécialisés offerts par l'entremise des organismes suivants : BC Cancer Agency, BC Centre for Disease Control, BC Children's Hospital et Sunny Hill Health Centre for Children, BC Provincial Renal Agency, BC Transplant Society, BC Women's Hospital & Health Centre, Forensic Psychiatric Services Commission, Provincial Cardiac Services et Riverview Hospital.

Le Ministère surveille et évalue continuellement la prestation des services de santé et la santé de la population. Ces activités étoffent l'orientation stratégique du Ministère de manière à ce que les services de santé fournis répondent toujours aux besoins des Britanno-Colombiens.

Activités en 2006-2007

En 2006-2007, le gouvernement de la Colombie-Britannique a investi plus de 12,1 milliards de dollars pour répondre aux besoins des Britanno-Colombiens en matière de santé. Ces fonds ont été investis dans un large éventail de programmes et de services conformes aux buts du Ministère, qui sont d'améliorer la santé et le bien-être, d'offrir aux patients des soins de grande qualité et d'assurer la viabilité à long terme du système de santé public.

Les Britanno-Colombiens font partie des populations les plus en santé au Canada. Néanmoins, des tendances nationales entraînent des pressions sans précédent sur le système de santé de la province. Les taux d'obésité à la hausse, le manque d'activité physique, les blessures, le tabagisme et l'usage problématique de substances ont tous une

incidence sur l'état de santé des individus et font augmenter les demandes en services de santé. De plus, la population vieillissante de la province affiche une incidence élevée de maladies chroniques, ce qui entraîne une plus forte demande en services de santé complexes et coûteux.

Les réformes en profondeur et l'introduction de nouvelles initiatives se sont poursuivies dans tous les secteurs du système, le ministère de la Santé collaborant avec les régies régionales et les professionnels de la santé pour bâtir un système durable qui répond aux besoins des Britanno-Colombiens.

En 2006-2007, le Ministère a lancé, poursuivi ou amélioré un certain nombre de stratégies dans tout le continuum des services de santé, c'est-à-dire santé et sécurité de la population, soins primaires, prise en charge des maladies chroniques, médicaments avec Fair Pharmacare, services ambulanciers, programmes de santé mentale et de toxicomanie en milieu communautaire, services hospitaliers et chirurgicaux, soins à domicile, aide à la vie autonome, soins en établissement et soins de fin de vie. Le Ministère a également continué à assurer un effectif suffisant de professionnels de la santé qualifiés pour fournir les services dans tout le continuum des soins.

La Colombie-Britannique a également lancé l'initiative *Conversation on Health*, une discussion annuelle sans précédent avec les Britanno-Colombiens sur la façon de renforcer et d'améliorer le système de santé de la province. Cette initiative invitait les Britanno-Colombiens à envoyer leurs idées, leurs solutions et leurs recommandations concernant le système de santé par courriel, à l'aide du site Web, par lettre, au moyen de la ligne téléphonique sans frais, en communiquant avec leur député local ou en s'inscrivant à l'une des nombreuses rencontres communautaires qui se sont déroulées dans 16 communautés entre février et septembre 2007. Les commentaires recueillis lors de l'initiative *Conversation* serviront à orienter et à étoffer le processus d'élaboration, en Colombie-Britannique, de politiques et d'initiatives sur la santé afin de garantir la viabilité à long terme du système de santé de la Colombie-Britannique, qui est financé par l'État.

Réalisations importantes en 2006-2007

Garder les gens en santé : En 2006-2007, le ministère de la Santé a lancé des initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies qui permettront d'améliorer l'état de santé et de bien-être des Britanno-Colombiens.

En 2006-2007 :

- Le Ministère a lancé le plan *First Nations Health Plan: Supporting the Health and Wellness of First Nations in British Columbia* en novembre 2006 qui décrit l'engagement de la Colombie-Britannique à combler l'écart au niveau de l'état de santé entre les membres des Premières nations et les autres Britanno-Colombiens. Voici les grandes lignes de cette initiative : embauche d'un médecin autochtone qui fournira des conseils sur les enjeux autochtones; amélioration de l'accès aux soins de santé primaires dans les centres de santé et de guérison autochtones; production d'un plan sur la santé mentale et les toxico-manies chez les Autochtones; établissement d'un nouveau centtre de santé de 8,5 millions de dollars à Lytton.
- Le Ministère a traduit le BC HealthGuide en chinois et en panjabi. Plus de 200 000 exemplaires de ce guide sont distribués dans des communautés à travers la province avec l'aide de nombreuses organisations communautaires multiculturelles, des temples et des fournisseurs de services pour adultes en anglais.
- Le Ministère a créé des programmes de dépistage pour les jeunes enfants dans le domaine de la santé auditive, de la santé dentaire et de la santé des yeux. Les programmes de santé auditive et de santé dentaire sont en cours, tandis qu'un programme progressif de dépistage des problèmes de vision s'est amorcé.
- Le Ministère a modifié la *Tobacco Sales Act* afin de limiter la promotion et la vente de produits du tabac et d'interdire la consommation de produits du tabac dans tous les endroits publics intérieurs, dont les écoles et les terrains des écoles.

- Le Ministère a traduit une trousse de préparation en cas d'urgence en chinois, en panjabi, en vietnamien, en espagnol et en français pour aider les Britanno-Colombiens qui ne parlent pas l'anglais à se préparer à une pandémie de grippe.

Amélioration de l'accès : L'accès a été amélioré dans tous les secteurs des soins, des services de BC NurseLine aux chirurgies cardiaques en passant par les traitements contre le cancer.

En 2006-2007 :

- Le Ministère a présenté une stratégie de réduction des temps d'attente axée sur les remplacements de hanche et de genou, la radiothérapie curative, la restauration de la vue (chirurgie de la cataracte), les pontages aortocoronariens et les services de diagnostic (mammographie et dépistage du cancer du col de l'utérus).
- Le Ministère a commencé l'établissement d'un nouveau registre des patients qui doivent subir une intervention chirurgicale; il sera fonctionnel d'ici le début de 2008.
- Le Ministère a élaboré des initiatives pour aider à réduire la congestion dans les salles d'urgence, dont la collaboration avec des équipes de professionnels des services de première ligne afin de trouver des solutions innovatrices pour les services d'urgence qui profiteront aux patients.
- Le Ministère a ouvert quatre voûtes de radiothérapie d'une valeur de 4,8 M$ au Vancouver Cancer Centre; elles permettront d'améliorer l'accès à un traitement innovateur qui envoie de fortes doses de radiation à un endroit très précis d'une tumeur en épargnant les tissus sains qui entourent cette dernière. Chaque année, plus de 850 patients atteints d'un cancer profiteront d'un système dont la capacité a été accrue.
- Le Ministère a élargi le programme de mammographie de dépistage de la C.-B. et a acheté une unité de dépistage mobile. En janvier 2007, le programme a ouvert un nouvel emplacement fixe à Smithers; il compte désormais 38 centres et trois unités mobiles.
- Le Ministère a ouvert un centre de radiothérapie de précision de 4,1 millions de dollars à Vancouver. Le centre peut dépister des tumeurs cancéreuses aussi petites qu'un millimètre à l'aide de nouveaux outils guidés par l'image; il fournira des services à environ 600 patients chaque année.

Amélioration de la qualité des services de santé : En 2006-2007, un certain nombre d'initiatives visant à améliorer la qualité des services de santé ont été lancées dans tous les secteurs du système. Les innovations, les intégrations de services et l'adoption de pratiques exemplaires éprouvées pour le traitement des états pathologiques contribuent à l'amélioration de l'état de santé des Britanno-Colombiens.

En 2006-2007 :

- Le Ministère a versé 500 000 $ à la Fondation des maladies du cœur pour mettre en place une charte des maladies du cœur innovatrice dans les salles d'urgence à travers la province. La charte présentera des pratiques exemplaires de prévention et de prise en charge des maladies du cœur dans les salles d'urgence de toute la province.
- Le Ministère a réalisé la première enquête provinciale sur l'oncologie ambulatoire qui a permis d'apprendre que 97,1 pour cent des répondants ont évalué que la qualité des soins qu'ils ont reçus dans l'ensemble était bonne, très bonne ou excellente. Les répondants à l'enquête étaient des individus ayant reçu des traitements externes de chimiothérapie ou de radiothérapie dans un établissement de la C.-B. en 2006.
- Le Ministère a signé des conventions collectives avec la British Columbia Medical Association, la British Columbia Nurses Union, l'Hospital Employees Union, la Paramedical Professional Bargaining Association, les hospitalistes et la Community Bargaining Association.
- Le Ministère a signé une entente avec la BC Medical Association qui encouragera les médecins à produire des dossiers électroniques de santé.

Cette initiative profitera aux patients puisque ces derniers auront plus rapidement accès aux renseignements sur la santé, que la sécurité des patients sera améliorée et que la coordination des soins sera meilleure.

- Le Ministère a élargi PharmaNet à tous les professionnels de la santé autorisés dans les hôpitaux et dans les établissements de santé mentale désignés. PharmaNet est le réseau électronique protégé de la province qui protège les patients contre des erreurs de médicaments potentiellement dangereuses, des répétitions et des combinaisons différentes de médicaments en rattachant les prescriptions à une base de données centrale.

Investir dans la viabilité à long terme : Investir dès maintenant et de façon opportune dans les secteurs stratégiques assurera la viabilité à long terme du système de santé. Les investissements dans l'infrastructure et les ressources humaines en santé, seul ou en partenariat, sont une des grandes priorités du gouvernement.

- Le Ministère a lancé *Conversation on Health*, une discussion annuelle sans précédent avec les Britanno-Colombiens sur la façon de renforcer et d'améliorer le système de santé de la province. Cette initiative invitait les Britanno-Colombiens à envoyer leurs idées, leurs solutions et leurs recommandations concernant le système de santé par courriel, sur le site Web, par lettre, au moyen de la ligne téléphonique sans frais, en communiquant avec leur député local ou en s'inscrivant à l'une des nombreuses rencontres communautaires qui se sont déroulées dans 16 communautés entre février et juillet 2007.
- La stratégie provinciale de gestion des temps d'attente de 60,5 millions de dollars comprenait une somme de 25 millions de dollars pour que les régies de la santé augmentent immédiatement le nombre de chirurgies en se concentrant sur les chirurgies de remplacement articulaire. La stratégie prévoyait aussi 25 millions de dollars pour un nouveau centre d'innovations chirurgicales à UBC Hospital, ce qui favorisera la mise en place de salles d'opération spécialisées pour éliminer les retards dans les chirurgies de remplacement de la hanche et du genou.
- Le Ministère a continué de travailler à l'atteinte de son objectif qui consiste à offrir 5 000 nouvelles unités pour des soins en établissement, l'aide à la vie autonome et des logements supervisés d'ici la fin de 2008. Jusqu'en juin 2007, le Ministère a mis en place 3 411 nouveaux lits. Au total, il a fourni 8 839 nouveaux lits, lits de remplacement et unités depuis 2001.
- Le Ministère a ouvert Cottonwood Lodge, un investissement de 5,5 millions de dollars, qui offre un soutien et un environnement familial à des patients des services de santé mentale dans la régie de la santé Fraser.
- Le Ministère a investi plus de 40 millions de dollars en mars 2006 afin d'agrandir les campus UBC Clinical Academic Campuses des principaux hôpitaux d'enseignement dans l'ensemble de la Colombie-Britannique.
- Le Ministère a signé un contrat de 148 millions de dollars avec Sun Microsystems pour améliorer les soins aux patients en établissant l'infrastructure nécessaire pour les dossiers de santé électroniques et en améliorant l'accès aux résultats des tests de laboratoire. Le programme permettra aux médecins, aux infirmières et à d'autres fournisseurs de soins autorisés en pratique clinique de recevoir les résultats des tests de laboratoire en ligne.
- Le Ministère a investi une somme supplémentaire de 26 millions de dollars dans la stratégie sur les soins infirmiers de la C.-B. Avec cet investissement, le gouvernement a versé un total de 146 millions de dollars depuis 2001 dans le but d'aider à former, à maintenir en poste et à recruter les meilleures infirmières qualifiées dans la province.

Des renseignements sur la santé et les services de santé en Colombie-Britannique se trouvent à l'adresse suivante : www.gov.bc.ca/healthservices.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-santé de la Colombie-Britannique (Medical Services Plan – MSP) est administré par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Sont assurés en vertu du régime les services médicalement nécessaires fournis par des médecins et d'autres professionnels de la santé, les services de laboratoire et les actes diagnostiques. Le ministère de la Santé établit des buts, des normes et des objectifs de rendement pour la prestation des services de santé, en plus de travailler avec les six régies de la santé de la province pour fournir, dans les meilleurs délais, des services de santé appropriés, et de qualité, aux Britanno-Colombiens. Les services hospitaliers généraux sont fournis aux termes de la *Hospital Insurance Act* (article 8) et de son *Règlement*, de la *Hospital Act* (article 4), de la *Continuing Care Act* (article 3) et de la *Hospital District Act* (article 20).

La Medical Services Commission (MSC) gère le régime d'assurance-santé au nom du gouvernement de la Colombie-Britannique, conformément à la *Medicare Protection Act* (article 3) et à son *Règlement*. Le but de cette loi est de préserver un système public de soins de santé économiquement viable en Colombie-Britannique, où l'accès aux soins médicaux nécessaires est fondé sur le besoin et non sur la capacité de payer de la personne. La fonction et le mandat de la MSC sont de faciliter, de la manière prévue dans la *Loi*, un accès raisonnable à des soins médicaux, à des soins de santé et à des services diagnostiques de qualité dans toute la province pour tous les citoyens de la Colombie-Britannique couverts par le régime.

La MSC est un organisme de neuf membres constitué par une loi, qui comprend trois représentants du gouvernement, trois représentants de l'Association médicale de la Colombie-Britannique (BCMA) et trois représentants du public choisis par l'association et le gouvernement pour représenter les bénéficiaires du régime.

1.2 Liens hiérarchiques

La MSC rend des comptes au gouvernement de la Colombie-Britannique par l'entremise du ministère de la Santé; un rapport est publié chaque année pour l'exercice financier précédent, qui fait le point sur les activités de la Commission, ses sous-comités et les autres instances déléguées. Les états financiers de la MSC sont aussi publiés chaque année. Ils sont disponibles en septembre pour l'exercice financier précédent, et on y trouve la liste alphabétique des paiements de la Commission aux praticiens, aux groupes, aux cliniques, aux hôpitaux et aux centres de diagnostic.

Le ministère de la Santé fournit des renseignements détaillés dans son Rapport annuel sur le rendement du système de santé public de la Colombie-Britannique. Le suivi et la présentation de ces renseignements cadrent avec l'approche stratégique du Ministère en matière de planification du rendement et de présentation de rapports sur le rendement ainsi qu'avec les exigences de la *Budget Transparency and Accountability Act* (2000) de la province.

Le ministère de la Santé rend des comptes au moyen de diverses publications, dont les suivantes :

- le rapport annuel du Ministère sur le régime d'assurance-santé;
- le rapport annuel sur le rendement des régies de la santé;
- le rapport sur les indicateurs comparables de la santé au niveau national;
- le rapport annuel du médecin-hygiéniste de la province (sur la santé de la population).

1.3 Vérification des comptes

Les comptes et les transactions financières du Ministère peuvent être vérifiés par :

- les services consultatifs et de vérification interne du bureau du contrôleur général, à titre de vérificateur interne du gouvernement provincial; le contrôleur fixe le moment et la portée des vérifications internes par voie de consultation avec le comité de vérification du Ministère;
- le Bureau du vérificateur général (BVG) de la Colombie-Britannique, qui doit faire les vérifications et en présenter les résultats à l'assemblée législative. Il décide de son propre chef de faire une vérification et en détermine seul la portée. Le comité des comptes publics de l'assemblée législative examine les recommandations du BVG et détermine si le Ministère leur a donné les suites voulues.

1.4 Organisme désigné

Le régime d'assurance-santé de la Colombie-Britannique exige que les citoyens admissibles paient des primes. Ces primes sont prélevées par le ministère de la Petite Entreprise et du Revenu.

Revenue Services of British Columbia (RSBC) est responsable des services de gestion des revenus, ce qui comprend la gestion des comptes, la facturation, les remises et les recouvrements, au nom de la province de la Colombie-Britannique (ministère de la Petite Entreprise et du Revenu). La province demeure responsable de toutes les mesures de recouvrement appliquées par le gouvernement, en garde le contrôle et se charge de les exécuter.

RSBC doit se conformer à toutes les lois applicables, dont les suivantes :

- l'*Ombudsman Act* (Colombie-Britannique);
- la *Business Practices and Consumer Protection Act* (Colombie-Britannique);
- la *Financial Administration Act* (Colombie-Britannique);
- les lois sur la liberté de l'information : *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (Colombie-Britannique), y compris les inspections en vertu de cette loi, la *Personal Information Protection Act* (Colombie-Britannique) et la loi fédérale équivalente, s'il y a lieu.

Les lois habilitantes sont les suivantes :

- la *Medicare Protection Act* (Colombie-Britannique), Partie 2 – Bénéficiaires, article 8;
- le *Medical and Health Care Services Regulation* (Colombie-Britannique), Partie 3 – Primes.

Depuis le 1er avril 2005, le ministère de la Santé a passé un contrat à MAXIMUS BC pour la gestion du régime d'assurance-santé et de Pharmacare (y compris la réponse aux demandes de renseignements du public, l'inscription des clients et le traitement des réclamations au titre de frais médicaux et pharmaceutiques des professionnels de la santé). Ce nouvel organisme s'appelle Health Insurance BC (HIBC). Les fonctions de politique et de prise de décisions continuent de relever du ministère de la Santé.

- Le contrat avec Maximus BC est rendu possible par l'entremise de la Medical Services Commission (la MSC est habilitée à gérer le régime d'assurance-santé au nom du gouvernement de la Colombie-Britannique).
- Health Insurance BC présente des rapports mensuels au ministère de la Santé sur les niveaux de service au public et aux prestataires de soins de santé.
- Health Insurance BC publie sur son site Web des rapports trimestriels sur les niveaux de service clés.
- Health Insurance BC impute les paiements sur les prestations approuvées par le ministère de la Santé. Le Ministère approuve tous les paiements avant qu'ils soient émis.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Act* et le *Hospital Act Regulation* confèrent au ministre le pouvoir de désigner des établissements comme hôpitaux, d'accorder des permis à des hôpitaux privés, d'approuver les règlements des hôpitaux, d'inspecter les hôpitaux et de nommer un administrateur public. La *Loi* et le *Règlement* fixent également les paramètres généraux du fonctionnement des hôpitaux.

La *Hospital Insurance Act* confère au ministre le pouvoir de verser des paiements aux régies de la santé pour assurer le fonctionnement des hôpitaux, indique qui a droit de recevoir des services assurés et définit les « services hospitaliers généraux » qui doivent être fournis à titre de prestations.

Aucune modification n'a été apportée à la *Hospital Act* ni à la *Hospital Insurance Act* ou à leurs règlements en 2006-2007.

En 2006-2007, un total of 139 établissements étaient désignés comme des hôpitaux, soit les suivants :

- 82 hôpitaux de soins actifs (hôpitaux communautaires, grands hôpitaux de soins tertiaires et d'enseignement);
- 18 hôpitaux de soins de longue durée;
- 4 hôpitaux de réadaptation;
- 35 autres hôpitaux (c'est-à-dire centres de diagnostic et de traitement, cliniques d'avortement autonomes, centres anticancéreux, etc.)

Les services hospitaliers sont assurés lorsqu'ils sont fournis à un bénéficiaire, dans un hôpital public, et sont jugés médicalement nécessaires par le médecin, l'infirmière praticienne ou la sage-femme de service. Ces services sont fournis sans frais aux bénéficiaires, à l'exception des frais différentiels pour les fournitures médicales ou chirurgicales à supplément, mais non médicalement nécessaires, et les chambres privées ou semi-privées quand elles ne sont pas médicalement nécessaires. Des frais journaliers, qui sont fonction du revenu, sont également imposés aux bénéficiaires de soins en établissement hébergés dans des hôpitaux de soins de longue durée ou des hôpitaux généraux.

Les services hospitaliers généraux, et les modalités de leur prestation, sont définis au titre 5 du *Hospital Insurance Act Regulations*. Pour les malades hospitalisés, ce sont l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire et de radiologie, ainsi que les interprétations nécessaires et tout acte de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires, approuvés par le ministre, dans un hôpital donné, et qui visent à maintenir la santé ou à prévenir, à diagnostiquer ou à traiter une maladie, une lésion ou une incapacité; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, de travail et d'anesthésie, y compris le matériel et les fournitures nécessaires; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie; d'autres services approuvés par le ministre.

Les services hospitaliers généraux suivants sont également assurés pour les malades externes : services de chirurgie de jour; dialyse dans les hôpitaux désignés ou d'autres établissements approuvés; soins de jour pour les diabétiques dans les hôpitaux désignés; conseils en diététique fournis par des diététistes qualifiés; consultations et soins de jour en psychiatrie; réadaptation; oncothérapie et cytologie; traitement du psoriasis; avortement; IRM.

Les services assurés dans les hôpitaux de réadaptation sont l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les médicaments, les préparations biologiques et les préparations connexes; l'usage des installations de physiothérapie et d'ergothérapie; les actes de laboratoire et de radiologie, ainsi que les interprétations nécessaires et tout acte de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires, approuvés par le ministre, dans un hôpital donné, et qui visent à maintenir la santé ou à prévenir, à diagnostiquer ou à traiter une maladie, une lésion ou une incapacité; d'autres services approuvés par le ministre.

Les services assurés dans les hôpitaux de soins de longue durée sont l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les médicaments, les préparations biologiques et les préparations connexes; les actes de laboratoire et de radiologie, ainsi que les interprétations nécessaires et tout acte de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires, approuvés par le ministre, dans un hôpital donné, et qui visent à maintenir la santé ou à prévenir, à diagnostiquer ou à traiter une maladie, une lésion ou une incapacité; d'autres services approuvés par le ministre.

Les services hospitaliers assurés n'incluent pas le transport aller-retour à l'hôpital (toutefois, les transferts en ambulance sont assurés en vertu d'un autre programme du ministère de la Santé, moyennant de légers frais d'utilisation); les services fournis à des non-bénéficiaires (sauf en cas d'urgence); les services ou les traitements qui, après examen des faits médicaux par le ministre ou une personne désignée par le ministre, ne sont pas jugées nécessaires; les services ou traitements pour une maladie ou un état exclus par règlement du lieutenant-gouverneur en conseil.

Aucun nouveau service hospitalier n'a été ajouté au cours de l'exercice financier.

Il n'y a pas de processus d'examen périodique des services hospitaliers assurés puisque la liste du *Règlement* se veut complète et générique et ne nécessite ni mises à jour ni examens périodiques. Il existe par contre un processus structuré pour ajouter des services médicaux particuliers (prestations pouvant être facturées par les médecins) à la liste des services assurés en vertu de la *Medicare Protection Act*, mais ce processus est décrit ailleurs.

2.2 Services médicaux assurés

La gamme des services de médecin assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé comprend tous les services de diagnostic et de traitement médicalement nécessaires.

Les services médicaux assurés sont fournis conformément à la *Medicare Protection Act* (MPA). Aux termes de l'article 13, les praticiens inscrits (notamment les médecins et autres professionnels de la santé, comme les sages-femmes) qui offrent des services à un bénéficiaire sont admissibles au paiement des services rendus conformément au barème d'honoraires applicable.

Sauf en cas d'exclusion expresse, les services médicaux suivants sont assurés au titre du régime d'assurance-santé, conformément à la MPA et à la *Loi canadienne sur la santé* :

- les services médicalement nécessaires pour les bénéficiaires (résidents de la Colombie-Britannique) fournis par un médecin inscrit au régime d'assurance-santé;
- les services médicalement nécessaires fournis dans un établissement de diagnostic sous la supervision d'un médecin inscrit.

Pour exercer en Colombie-Britannique, les médecins doivent être inscrits au tableau du College of Physicians and Surgeons of British Columbia et être membres en règle de cet organisme. Ils doivent en outre être inscrits au régime d'assurance-santé pour recevoir des paiements pour la prestation de services assurés. En 2006-2007, il y avait 8 626 médecins inscrits (ce nombre inclut seulement les généralistes et les spécialistes qui ont facturé à l'acte en 2006-2007) et pratiquant la facturation à l'acte. Il y avait aussi des médecins recevant uniquement un salaire ou rémunérés à la vacation ou en vertu d'ententes contractuelles (conventions de services) avec les régies régionales de la santé. Les médecins rémunérés par ces autres modes peuvent également facturer des services à l'acte dans le cadre de leur pratique.

Les praticiens des soins de santé qui ne sont pas médecins et qui peuvent s'inscrire pour dispenser des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé sont les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes, les optométristes et les podiatres (appelés collectivement « supplementary benefit practitioners »). Seuls

les bénéficiaires du régime qui reçoivent de l'aide pour le paiement de leurs primes ont droit aux services de physiothérapie, de massothérapie, de chiropractie, de naturopathie et de podiatrie non chirurgicale. En 2006-2007, 13 136 praticiens étaient rémunérés à l'acte par l'intermédiaire du régime d'assurance-santé.

Un médecin peut choisir de ne pas s'inscrire auprès de la Medical Services Commission (MSC) ou de se retirer du régime. Les médecins inscrits peuvent annuler leur inscription en donnant un préavis écrit de 30 jours à la Commission. Les coûts des services fournis par un médecin non inscrit sont entièrement à la charge du patient. Le régime d'assurance-santé de la C.-B. compte présentement cinq médecins qui ne participent pas au régime et un médecin qui s'est retiré du régime.

Les médecins inscrits peuvent choisir d'être payés directement par les patients, auquel cas ils doivent faire parvenir un avis écrit à la Commission. Dans un délai de 30 à 45 jours suivant la réception de l'avis, celle-ci leur communiquera une date d'entrée en vigueur. Les patients peuvent soumettre au régime d'assurance-santé une demande de remboursement à l'égard des frais des services assurés reçus.

Au cours de l'exercice financier 2006-2007, les services de médecin ajoutés aux services assurés du régime d'assurance-santé incluaient des actes qui reflètent les normes de pratique actuelles, comme : nouveaux actes concernant les conférences sur des cas pédiatriques; extraction de sondes au laser; analyse cytogénique par hybridation in situ en fluorescence; actes de suivi des immunisations; actes révisés pour les traitements à la méthadone; splénectomie par laparotomie et anesthésie pour la chirurgie de la cataracte; grille des tarifs d'honoraires révisée pour la médecine de laboratoire, y compris l'actualisation des laboratoires et du volume. De plus, des actes ont été ajoutés pour encourager les omnipraticiens à retourner à la pratique en milieu hospitalier en obtenant des droits d'admission.

En vertu de l'accord-cadre entre le gouvernement, la MSC et la British Columbia Medical Association (BCMA), les changements apportés au barème d'honoraires (ajouts, suppressions et modifications d'honoraires) sont effectués par la Commission, sur l'avis de la BCMA. Les médecins qui veulent modifier le barème d'honoraires doivent présenter leurs propositions au comité des tarifs de la BCMA. Sur recommandation de ce comité, la Commission peut inscrire provisoirement de nouveaux actes ou de nouveaux services pendant que la liste définitive est dressée.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services de chirurgie dentaire sont couverts par le régime lorsque l'hospitalisation est jugée médicalement nécessaire pour effectuer de façon appropriée et sécuritaire une intervention chirurgicale prévue dans le barème d'honoraires pour services dentaires. Les ajouts ou les modifications à la liste des services assurés sont effectués par le régime d'assurance-santé, sur l'avis du Dental Liaison Committee, et doivent être approuvées par la Medical Services Commission. Les actes de chirurgie dentaire assurés sont les interventions visant à traiter un trouble de la cavité buccale ou d'un élément fonctionnel de la mastication. En général, ces actes incluent la chirurgie buccale et maxillo-faciale en cas de lésions traumatiques; la chirurgie orthognathe; les extractions requises sur le plan médical; le traitement chirurgical d'un trouble de l'articulation temporomandibulaire.

Tout chirurgien-dentiste généraliste ou stomatologiste membre en règle du College of Dental Surgeons et inscrit au régime d'assurance-santé peut offrir des services de chirurgie dentaire assurés en milieu hospitalier. En 2006-2007, il y avait 234 dentistes (ce nombre comprend seulement les stomatologistes, les chirurgiens-dentistes, les spécialistes de la médecine buccale et les orthodontistes qui ont facturé à l'acte en 2006-2007) inscrits au régime et facturant à l'acte. Il n'y a aucun chirurgien-dentiste désengagé ou non inscrit.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les produits à emporter à domicile ou certains médicaments administrés à l'hôpital ne sont pas assurés pour les malades externes, sauf s'ils sont fournis au titre du régime d'assurance-médicaments. Les autres services exclus aux termes de la *Hospital Insurance Act* sont les services fournis par le personnel médical qui n'est pas employé par l'hôpital; les traitements pris en charge par la Workers' Compensation Board, le ministère des Anciens Combattants ou tout autre organisme; les services visant des fins purement esthétiques; le rétablissement de la fécondité.

Les services hospitaliers non assurés sont l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision, le téléphone et les services infirmiers privés; les fournitures médicales ou chirurgicales à supplément; les soins dentaires pouvant être fournis dans une clinique dentaire, y compris les services de dentisterie prosthétique et d'orthodontie; les services à supplément fournis aux malades dans les unités ou les hôpitaux fournissant des services complémentaires de santé.

Les services non assurés au titre du régime d'assurance-santé sont les services assurés aux termes de la *Workers' Compensation Act* ou d'autres lois provinciales ou fédérales; les prothèses non implantées; les orthèses; les spécialités pharmaceutiques et les médicaments brevetés; les examens qui ne sont pas médicalement requis; les interventions de chirurgie buccale ou maxillo-faciale pratiquées au cabinet du dentiste; l'acupuncture; les consultations téléphoniques non liées aux visites assurées; le rétablissement de la fécondité; la fécondation in vitro; les services médico-légaux; la plupart des interventions de chirurgie esthétique.

L'accès aux services hospitaliers ou médicaux est accordé si le médecin traitant ou l'hôpital juge qu'ils sont médicalement nécessaires.

L'article 45 de la *Medicare Protection Act* interdit la vente ou l'émission d'une police d'assurance-santé par des assureurs privés à des patients à l'égard de services qui sont assurés lorsqu'ils sont fournis par un praticien. L'article 17 interdit d'imposer à une personne des frais à l'égard d'un service assuré ou de fournitures, de consultations, d'intervention et de l'usage d'un bureau, d'une clinique ou d'un autre endroit ou de toute autre chose associée à la prestation d'un service assuré. Le ministère de la Santé donne suite aux plaintes des patients et prend les mesures qui s'imposent pour corriger les situations qu'on lui signale.

La Medical Services Commission détermine les services qui sont assurés et a le pouvoir de désassurer des services. Les propositions à cet effet doivent lui être soumises. Une consultation peut alors être faite par le truchement d'un sous-comité de la Commission, et elle comporte normalement un examen du comité des tarifs de la British Columbia Medical Association. Il n'y a pas eu de services désassurés en 2006-2007.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

L'admissibilité et l'inscription des bénéficiaires au régime d'assurance-santé sont définies à l'article 7 de la *Medicare Protection Act*. La partie 2 du *Medical and Health Care Services Regulations*, établi en vertu de cette *Loi*, établit les exigences en matière de résidence. Il faut être un résident de la Colombie-Britannique pour être admissible aux services de santé assurés de la province.

Un résident, au sens de l'article 1 de la *Medicare Protection Act*, est une personne qui :

- est un citoyen canadien ou un résident permanent (personne légalement admise au Canada);
- qui établit sa résidence en Colombie-Britannique;
- qui y est effectivement présente au moins six mois par année civile;
- y compris toute personne réputée être un résident au sens du règlement.

Certaines autres personnes, comme certains détenteurs de permis délivrés aux termes de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (loi fédérale), sont réputées être des résidents (voir section 3.3 ci-dessous), mais pas les touristes ou les visiteurs en Colombie-Britannique.

Les nouveaux résidents ou les personnes qui reviennent habiter en Colombie-Britannique sont admissibles après une période d'attente qui correspond normalement au reste du mois de l'arrivée plus deux autres mois. Par exemple, si une personne admissible arrive au mois de juillet, la protection entre en vigueur le 1er octobre. Si les absences du Canada au cours de la période d'attente dépassent 30 jours, l'admissibilité peut être retardée.

Tous les résidents ont droit à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance-santé. Les résidents qui sont membres des Forces armées ou de la Gendarmerie royale du Canada, ou qui purgent une peine dans un pénitencier défini dans la *Loi sur les pénitenciers*, sont couverts par un programme fédéral d'assurance-santé.

Le régime d'assurance-santé de la Colombie-Britannique couvre immédiatement après leur cessation d'emploi, ou leur libération, les membres des Forces armées ou de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux. Toutefois, s'ils sont à l'extérieur de la Colombie-Britannique à ce moment, la période d'attente réglementaire s'applique.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Les résidents doivent être inscrits au régime d'assurance-santé pour recevoir des services médicaux et hospitaliers assurés, et les personnes admissibles sont tenues de s'inscrire. Une fois inscrits, les bénéficiaires reçoivent un numéro d'assurance-santé personnel unique et une CareCard. Il n'y a pas de date d'expiration sur la carte. On recommande aux nouveaux résidents de s'inscrire dès leur arrivée dans la province.

Les bénéficiaires peuvent faire assurer leurs personnes à charge, pour autant qu'elles soient des résidents de la province. Les personnes à charge peuvent être le conjoint ou la conjointe (couple marié ou cohabitant en union libre), un enfant ou un enfant en tutelle, dont le titulaire a la charge et qui a moins de 19 ans, ou moins de 25 ans s'il fréquente une école ou une université à plein temps.

En 2006-2007, 4 279 734 millions d'habitants étaient inscrits au régime d'assurance-santé. L'inscription à ce régime est obligatoire, conformément à la *Medicare Protection Act* (article 7). Seuls les adultes qui demandent officiellement à ne participer à aucun programme de santé provincial sont exemptés. Un bénéficiaire qui souhaite se retirer du régime d'assurance-santé peut le faire en remplissant et en présentant le formulaire prévu à cette fin (Election to Opt Out, ETOO). Cette décision est valable pour 12 mois à compter du premier du mois où la demande est reçue, après quoi chaque adulte doit présenter une nouvelle demande pour continuer de ne pas participer au régime.

3.3 Autres catégories de personnes

Les titulaires de permis du ministre, de permis de séjour temporaire, de permis d'études et de permis de travail peuvent avoir droit aux services s'ils sont réputés être des résidents au sens de la *Medicare Protection Act* et de l'article 2 du *Medical and Health Care Services Regulation.*

3.4 Primes

L'inscription au régime d'assurance-santé est obligatoire et le paiement des primes est habituellement une condition d'admissibilité. Cependant, le non-paiement des primes ne compromet pas l'accès au régime si la personne satisfait aux conditions d'admissibilité de base. Les primes mensuelles sont de 54 $ pour une personne seule, de 96 $ pour une famille de deux personnes et de 108 $ pour une famille de trois personnes ou plus.

Les personnes à faible revenu peuvent avoir droit à de l'aide pour le paiement de la prime. Cette aide comporte cinq niveaux, allant de 20 p. 100 à 100 p. 100 de la prime fixée. Elle est réservée aux citoyens canadiens et aux résidents permanents (immigrants admis) qui sont des résidents du Canada depuis douze mois consécutifs ou plus en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (loi fédérale).

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les nouveaux résidents ou les personnes qui reviennent habiter en Colombie-Britannique sont admissibles après une période d'attente qui correspond normalement au reste du mois de leur arrivée plus deux autres mois. Par exemple, si une personne admissible arrive au mois de juillet, la protection entre en vigueur le 1er octobre. Si les absences du Canada au cours de la période d'attente dépassent 30 jours, l'admissibilité peut être retardée. Les nouveaux résidents en provenance d'ailleurs au Canada sont avisés de rester couverts par leur ancien régime dans l'intervalle.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les articles 3, 4 et 5 du *Medical and Health Care Services Regulation* de la *Medicare Protection Act* prescrivent les règles de transférabilité des services assurés pour les personnes qui s'absentent temporairement de la Colombie-Britannique. En 2006-2007, il n'y a eu aucune modification des dispositions concernant la transférabilité.

Les personnes qui quittent temporairement la province pour prendre des vacances prolongées, ou occuper un emploi temporaire, peuvent demeurer admissibles aux protections du régime pendant une durée maximale de 24 mois. Une seule approbation est accordée par période de cinq ans pour les absences de plus de six mois au cours d'une année civile. Les résidents qui s'absentent de la province une partie de l'année, chaque année, doivent être effectivement présents au moins six mois au cours de l'année civile et conserver leur domicile en Colombie-Britannique. Les personnes qui demeurent en dehors de la province plus longtemps que la période autorisée devront laisser passer une période d'attente à leur retour dans la province avant d'être de nouveau couvertes. Les personnes qui étudient à temps plein dans une école agréée d'une autre province ou d'un territoire ont droit à la couverture pendant la durée de leurs études.

En vertu des ententes de facturation réciproque interprovinciales et interterritoriales, les médecins, à l'exception de ceux du Québec, facturent directement leurs régimes pour les services offerts aux résidents admissibles de la Colombie-Britannique qui ont présenté une carte d'assurance-santé valide (CareCard). La Colombie-Britannique effectue le paiement à la province ou au territoire où les services ont été rendus conformément au taux du barème d'honoraires de la province ou du territoire. Le paiement des services hospitaliers aux malades hospitalisés est fait au taux établi pour les salles communes effectivement facturé par l'hôpital. Dans le cas des services hospitaliers aux malades externes, les taux payés sont ceux des ententes de facturation réciproque. Le paiement, sauf dans le cas de services exclus facturés au patient, se fait par le truchement des procédures de facturation réciproque. En 2006-2007, le montant payé aux médecins de ces provinces et territoires a été de 26,9 millions de dollars.Le Québec ne participe pas aux ententes de facturation réciproque des services médicaux. Les réclamations à l'égard de services assurés fournis aux bénéficiaires de la Colombie-Britannique par les médecins de cette province doivent donc être traitées individuellement. En voyage au Québec ou à l'extérieur du Canada, le bénéficiaire devra probablement payer les soins médicaux obtenus et demander à être remboursé plus tard par le régime d'assurance-santé de la Colombie-Britannique.

La Colombie-Britannique paie les services assurés au taux de la province hôte, conformément aux instructions du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Les dispositions habilitantes qui définissent la transférabilité de l'assurance-santé au cours des absences temporaires en dehors du Canada sont contenues dans la *Hospital Insurance Act*, article 24; le *Hospital Insurance Act Regulation*, titre 6; la *Medicare Protection Act*, article 51; le *Medical and Health Care Services Regulation*, paragraphes 3, 4 et 5. Le *Medical and Health Care Services Regulation* a été modifié par le *Règlement 111/2005* de la Colombie-Britannique. Les changements ont pris effet le 18 mars 2005.

Les points pertinents sur lesquels portent les modifications sont les suivants :

- Toutes les provinces, sauf le Québec, ont éliminé les limites applicables à la couverture du régime de la Colombie-Britannique pour les étudiants qui étudient à l'étranger, ce qui leur permet de terminer leurs études de premier cycle et des cycles supérieurs. Ce changement place la Colombie-Britannique sur le même pied que les autres provinces et élimine la limite de 60 mois pour les étudiants à temps plein fréquentant un établissement d'enseignement hors de la province. Les étudiants doivent être inscrits à l'établissement et le fréquenter.
- En raison de la demande grandissante de main-d'œuvre spécialisée et mobile travaillant à contrat ou ayant des affectations de courte durée, de nombreuses provinces ont porté à 24 mois la période d'absence sans interruption de la couverture de l'assurance-santé. Les Britanno-Colombiens étaient considérés comme des résidents de la province pendant les 12 premiers mois d'absence, mais les modifications apportées portent cette période à 24 mois. Une seule période d'absence de plus de six mois dans une année civile peut être approuvée par période de cinq ans. La pratique adoptée par la Colombie-Britannique correspond ainsi à celle des autres provinces.
- Les résidents de la Colombie-Britannique qui sont temporairement absents de la province et qui ne peuvent y revenir pour des raisons de santé sont réputés continuer à être des résidents de la province pendant 12 mois de plus s'ils se trouvent ailleurs au Canada ou à l'étranger. Ce changement vise aussi le conjoint et les enfants de la personne à condition qu'ils soient avec la personne et qu'ils soient aussi des résidents ou réputés être des résidents de la province.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune autorisation préalable n'est requise pour les interventions non urgentes couvertes aux termes des ententes de facturation réciproque. Une autorisation préalable de la Medical Services Commission est requise si l'intervention non urgente n'est pas couverte aux termes de ces ententes.

Les services de médecin exclus aux termes des accords interprovinciaux pour le traitement réciproque des demandes de remboursement des frais médicaux hors province sont les suivants : chirurgie esthétique; chirurgie de réassignation sexuelle; chirurgie visant à rétablir la fécondité; avortements thérapeutiques; examens de santé périodiques, y compris examen des yeux; fécondation in vitro et insémination artificielle; acupuncture, acupression, électrostimulation transcutanée, moxibustion, biofeedback, hypnothérapie; services aux personnes couvertes par d'autres organismes (GRC, Forces armées, Commission des accidents du travail, ministère des Anciens Combattants et Services correctionnels du Canada (pénitenciers fédéraux)); services demandés par un « tiers »; conférence(s) d'équipe; dépistage génétique et autres investigations génétiques, y compris sondes ADN; actes encore au stade de l'expérimentation ou du développement; services anesthésiques et services d'aide chirurgicale pour tout ce qui précède.

Les services énumérés au paragraphe précédent peuvent être remboursés ou non par la province hôte. Le patient doit s'en informer auprès de la province hôte après avoir payé directement le médecin de la Colombie-Britannique.

Une autorisation de la Health Authorities Division du ministère de la Santé pourrait être exigée pour certains traitements (p. ex. le traitement de l'anorexie).

Une autorisation préalable de la Commission est exigée pour tous les services non urgents fournis à l'étranger.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les bénéficiaires, au sens de l'article 1 de la *Medicare Protection Act*, sont admissibles à tous les services hospitaliers et médicaux nécessaires. Pour assurer un accès équitable, sans égard au revenu, les articles 17 et 18 de la *Medicare Protection Act* interdisent la surfacturation par les médecins inscrits.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Les infirmières forment le plus important groupe professionnel dans le secteur des soins de santé. En décembre 2006, 31 960 infirmières autorisées avaient un permis d'exercice en Colombie-Britannique. Les hôpitaux de la province emploient également des infirmières psychiatriques autorisées (IPA) et des infirmières auxiliaires autorisées (IAA). En 2006, 2 173 IPA et 5 940 IAA avaient un permis d'exercice dans la province.

En 2006-2007, le gouvernement de la C.-B. a affecté des fonds additionnels pour renforcer lesuccès de ses stratégies de recrutement, de maintien en poste et de formation du personnel infirmier. Ce financement porte à 146 millions de dollars les engagements du gouvernement au titre des stratégies pour les soins infirmiers depuis 2001. Les stratégies de la Colombie-Britannique en matière de soins infirmiers sont élaborées et mises en œuvre chaque année par la Direction des soins infirmiers du ministère de la Santé, en consultation avec des intervenants, avec l'apport du Comité consultatif sur les soins infirmiers de la Colombie-Britannique, et après un examen des tendances et des politiques nationales. Le cadre général de la stratégie s'articule autour des priorités suivantes :

- planifier les ressources humaines pour assurer le recrutement, le maintien en poste et la formation du personnel infirmier en Colombie-Britannique et pour ainsi répondre aux besoins en matière de soins de santé;
- améliorer le milieu de travail du personnel infirmier en encourageant les régies de la santé et le gouvernement à élaborer des politiques de soins infirmiers judicieuses, en phase avec les derniers résultats de la recherche et les tendances provinciales, nationales et mondiales;
- analyser des données sur les soins infirmiers pour que le Ministère comprenne mieux les tendances et l'évolution des besoins en matière de soins infirmiers et de soins de santé;
- recruter des étudiants d'origine autochtone dans le secteur des soins infirmiers, offrir un soutien à ceux qui sont déjà inscrits dans des programmes de soins infirmiers et recruter/maintenir en poste des infirmières autochtones exerçant déjà leur profession en C.-B.;
- présenter les soins infirmiers comme une profession de choix, pour assurer la viabilité d'un système de santé de qualité en Colombie-Britannique.

Voici quelques-uns des programmes financés en 2006-2007 : renforcement des initiatives de recrutement d'infirmières formées à l'étranger; stratégies sur les soins infirmiers en milieu autochtone; programme de stage/de transition pour nouveaux diplômés; initiative touchant les salles d'opération pour les IAA; programme post-enseignement de base en soins infirmiers actifs en milieu rural; renforcement de la mise en œuvre de la profession d'infirmière praticienne (IP). De plus, le ministère de la Santé a établi un partenariat avec le ministère

de l'Enseignement postsecondaire pour travailler en étroite collaboration avec des établissements d'enseignement et ainsi augmenter le nombre de places dans les programmes de soins infirmiers.

Le 19 août 2005 a marqué l'entrée en vigueur du *Nurses (Registered) and Nurse Practitioners Regulation*. Ce règlement a fait du College of Registered Nurses of British Columbia, créé aux termes de la *Health Professions Act*, l'organisme de réglementation de la profession d'infirmière autorisée. Il autorise également la réglementation de la profession d'infirmière praticienne par le CRNBC et l'exercice de cette profession dans la province. En C.-B, les infirmières praticiennes possèdent une maîtrise ou une expérience clinique et une formation équivalente. Les premières infirmières praticiennes formées en C.-B. ont obtenu leur diplôme en 2005; à l'heure actuelle, des programmes d'IP sont offerts à l'Université de Colombie-Britannique, à l'Université de Victoria et à l'Université du Nord de la Colombie-Britannique. En raison du grand succès remporté par l'intégration des IP dans la province, la C.-B. a accru le rôle des IP à la fois dans les milieux urbains et dans les zones rurales.

Ces dernières années, la province de la Colombie-Britannique a amorcé des changements qui encouragent les investissements stratégiques dans les immobilisations et l'adoption d'approches novatrices permettant de répondre, maintenant et à l'avenir, aux besoins en matière de prestation de services de santé.

Le ministère de la Santé a allongé le cycle de planification des immobilisations et recueilli des données plus valables sur les immobilisations pour améliorer la prise de décisions et mieux prévoir les besoins. Il travaille maintenant à prolonger l'horizon de planification des immobilisations pour qu'il coïncide avec la planification des soins actifs et complexes à plus long terme, ce qui est particulièrement efficace dans le cas des grandes infrastructures, comme les hôpitaux, dont le cycle de vie s'étend sur plusieurs décennies. Cet horizon donne également aux régies de la santé plus de temps pour chercher des moyens novateurs de répondre aux besoins en matière d'immobilisations.

La province a affecté 42,5 millions de dollars à l'agrandissement et à la modernisation de locaux d'enseignement dans les hôpitaux d'enseignement de la Colombie-Britannique pour permettre d'accueillir un nombre croissant d'étudiants en médecine.

L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé prévoyait la création d'un fonds national de 1,5 milliard de dollars pour l'achat d'équipement médical et diagnostique. La part des fonds répartis au prorata revenant à la Colombie-Britannique s'élève à 200,1 millions de dollars sur trois ans. Les régies de la santé ont dépensé cet argent pour acheter de l'équipement de toute nature servant à des fins diagnostiques, thérapeutiques, médicales et chirurgicales, et pour accroître le confort et la sécurité des patients et du personnel.

La province a investi 35 millions de dollars dans des technologies de pointe, dont 25 millions provenant du financement fédéral. Le reste provenait du financement d'immobilisations et de fondations de la province. Un comité de représentants du ministère de la Santé, des régies de la santé et des diverses disciplines de la santé a fourni des avis spécialisés pour aider à choisir les investissements destinés à améliorer l'accès des patients et à répondre le plus stratégiquement aux besoins des Britanno-Colombiens.

Par exemple, les régies de la santé ont profité des fonds accordés pour acquérir les équipements suivants :

- le premier appareil de tomographie par émission de positrons (TEP) du système public de la province, installé à la Vancouver Cancer Agency, qui améliorera la prise en charge des patients d'oncologie grâce au dépistage précis des tumeurs cancéreuses avant le début du traitement et au suivi de la réponse pour améliorer le rétablissement;

- de nouveaux tomodensitomètres, dans les basses terres continentales et à Victoria, qui amélioreront les soins de cardiologie en Colombie-Britannique et accroîtront la capacité provinciale en matière de diagnostic des maladies cardiaques et cérébrales ainsi que la prise en charge des traumatisés;
- un appareil d'IRM mobile dans les Kootenays et à Okanagan-Sud et un tomodensitomètre à Kelowna, qui amélioreront sensiblement l'accès des patients aux besoins variés dans les régions intérieures de la province;
- un système d'archivage et de transmission d'images et un système d'information radiologique à l'usage de la Northern Health Authority, qui amélioreront l'accès aux soins et aux traitements dans de nombreuses petites collectivités grâce au partage d'images numérisées entre les hôpitaux ou les régions et les radiologistes, dans le Nord.

En septembre 2004, les premiers ministres ont convenu d'affecter un montant supplémentaire de 66 millions de dollars pour financer l'équipement médical en Colombie-Britannique; cette somme devait être dépensée d'ici 2007-2008.

Guide-santé – Colombie-Britannique : Guide gratuit de plus de 400 pages qui couvre plus de 200 sujets de santé et qui contient ce qui suit : de l'information sur la façon de reconnaître et de prendre en charge des problèmes de santé courants; des conseils sur les traitements à domicile; des options en matière de soins; les situations justifiant une visite chez le médecin. Ce guide a été envoyé gratuitement à tous les ménages de la Colombie-Britannique au printemps 2001. La version mise à jour, publiée en novembre 2005, peut être obtenue gratuitement par tous les résidents de la province aux bureaux des agents du gouvernement et dans les pharmacies locales. La version mise à jour renferme de nouveaux renseignements sur la santé des personnes âgées, notamment sur le vieillissement en santé, et des conseils pour les personnes soignantes. Le guide BC First Nations Health Handbook, produit en partenariat avec le Comité de santé des chefs des Premières Nations de la C.-B., a été publié en juin 2003; la version française, Guide-santé — Colombie-Britannique, est parue en juin 2004. Des versions traduites en chinois et en panjabi et culturellement adaptées seront disponibles en avril 2007.

BC HealthGuide OnLine : Site Web public détaillé (www.bchealthguide.org) contenant des renseignements à jour vérifiés par des médecins sur plus de 3 000 sujets, tests, procédures et ressources touchant la santé. Ce site Web vient compléter les renseignements figurant dans le Guide. Comptant plus de 35 000 pages, dont le contenu est vérifié par des médecins, il aborde en détail plus de 3 000 sujets ayant trait à la santé. Le site fournit de l'information sur certains composants du programme Guide-santé en français, en chinois, en panjabi et en persan. Sur une base annuelle, les demandes de pages dans ce site Web ont plus que triplé depuis sa création en 2002, avec plus de 30,5 millions de demandes en 2006-2007.

BC NurseLine : Centre de ressources sans frais ouvert 24 heures par jour permettant de communiquer avec des infirmières autorisées spécialement formées pour transmettre de l'information et des conseils en matière de santé par téléphone. Des infirmières autorisées sont spécialement formées à l'utilisation de protocoles approuvés par des médecins pour fournir une information confidentielle en matière de santé et des conseils sur des symptômes et des états pathologiques aigus ou chroniques, ou orienter les appelants vers un professionnel de la santé au besoin. Des renseignements et des conseils en matière de santé sont offerts dans plus de 130 langues à toute personne ayant accès à un téléphone en Colombie-Britannique.

Depuis le lancement des programmes en 2001, ce centre de ressources a reçu plus de 1,57 million d'appels. Plus précisément, en 2006–2007, le service téléphonique a reçu plus de 347 241 appels.

En juin 2003, le service a été amélioré avec l'ajout d'un service d'aiguillage en pharmacie. Tous les jours, entre 17 heures et 9 heures, les infirmières autorisées de la BC NurseLine peuvent diriger les appelants directement vers un pharmacien qui répond aux appels concernant des médicaments. Le service de pharmacien a reçu plus de 40 518 appels relatifs à des médicaments provenant de la ligne. Au cours de cette période, les pharmaciens participant à la BC NurseLine ont notifié au Centre régional des effets indésirables des médicaments (EIM) de la Colombie-Britannique/du Yukon plus de 834 cas de réactions indésirables à des médicaments; la transmission au Programme canadien de surveillance des effets indésirables des médicaments de Santé Canada a été approuvée pour 803 de ces cas. Ces notifications servent à la surveillance des effets indésirables non prévus ou graves des médicaments ou à la surveillance de nouveaux médicaments sur le marché. Ce service pharmaceutique est à l'origine de 35 p. 100 de toutes les notifications d'EIM soumises au Centre régional des EIM de la Colombie-Britannique/du Yukon et contribue ainsi de façon importante à la sécurité des patients en Colombie-Britannique.

BC HealthFiles : Série de plus de 200 fiches faciles à comprendre contenant de l'information se rapportant précisément à la Colombie-Britannique sur un large éventail de sujets sur la santé et la sécurité du public et de l'environnement. Un certain nombre de ces fiches ont été traduites. Les fiches sont mises à la disposition des résidents et servent de ressources aux professionnels de la santé, qui peuvent les télécharger à partir du site Web de BC HealthGuide OnLine ou les obtenir dans les unités de santé publique.

BC NurseLine : Lancé en janvier 2005, ce service téléphonique offre, après les heures normales de travail, un service de triage et du soutien aux patients en soins palliatifs de la Fraser Health Authority. Ces patients peuvent contacter la ligne BC NurseLine pour obtenir du soutien après les heures normales de bureau, soit de 21 heures à 8 heures.

De septembre 2005 à mars 2006, le service BC NurseLine en partenariat avec la Fraser Health Authority et la Northern Health Authority ont réalisé la phase de démonstration du Projet de gestion des maladies chroniques (GMC). Le projet offre, aux équipes de soins de santé primaires, la possibilité d'aiguiller les patients souffrant de diabète ou d'insuffisance cardiaque congestive pour qu'ils obtiennent un soutien en matière d'autogestion. La BC NurseLine dirige les patients ayant des problèmes complexes en raison des médicaments qu'ils prennent vers un pharmacien accompagnateur. L'efficacité de la phase de démonstration du Projet de GMC sera évaluée, tandis que l'intégration de ce projet dans l'infrastructure de soutien en matière de GMC qui est déjà en place sera envisagée.

De juillet 2006 à décembre 2006, la BC NurseLine et l'Interior Health Authority ont mis à l'essai un projet de surveillance des télésoins à domicile à East Kootenays afin de définir l'efficacité d'un processus d'expansion du projet dans l'ensemble de la régie de la santé. Les patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive ont utilisé des appareils de suivi dans leur maison afin de consigner leurs signes vitaux quotidiennement. L'information a ensuite été transférée en toute sécurité vers un poste de surveillance central. Elle a été vérifiée par une infirmière autorisée de l'Interior Health Authority pendant la semaine et par le service BC NurseLine la fin de semaine; selon les signes vitaux consignés, un suivi était assuré auprès du patient au besoin.

Dial-A-Dietitian : Service d'information nutritionnelle gratuit qui offre des renseignements faciles à utiliser, fondés sur des sources scientifiques à jour, aux personnes qui prennent en charge leur propre santé. Des diététistes agréés sont disponibles, au téléphone, de 9 h à 17 h du lundi au vendredi. Les appelants sont aussi dirigés vers les diététistes des services de consultation externe des hôpitaux, les nutritionnistes dans la collectivité et d'autres sources locales. Des services d'interprétation sont fournis dans plus de 130 langues.

En plus des renseignements nutritionnels donnés au téléphone, le service Dial-A-Dietitian offre un site Web détaillé (www.dialadietitian.org) contenant de l'information sur la nutrition et des liens utiles.

En mars 2005, un diététiste spécialisé en allergies s'est joint à l'équipe de Dial-A-Dietitian pour répondre aux questions sur les allergies et les intolérances alimentaires; par ailleurs, en février 2007, un diététiste spécialisé en oncologie a été engagé pour répondre aux questions et pour fournir de l'information aux individus s'intéressant à la prévention du cancer, ayant reçu un diagnostic de cancer ou en rémission. En 2006-2007, le service Dial-A-Dietitian a reçu 22 553 appels.

Dans son plan de services de 2004-2005 à 2006-2007, le Ministère expose les objectifs et les stratégies qui doivent permettre à la province d'atteindre son but, qui est la viabilité du système de santé.

Mentionnons à cet égard la troisième stratégie prioritaire qui est d'assurer la gestion efficace des services hospitaliers de soins actifs par la planification et la gestion de la demande, en ce qui concerne les services d'urgence, les services de chirurgie et les diverses interventions. Contrairement à la plupart des stratégies connexes au même objectif, la troisième stratégie n'est pas axée sur la prestation de services extra-hospitaliers, mais sur la prestation de qualité et dans les meilleurs délais de services hospitaliers nécessaires. Dans le cadre de cette stratégie, le Ministère et les cinq régies régionales de la santé ont participé à deux projets provinciaux visant à améliorer l'accessibilité et l'efficacité des services d'urgence et de chirurgie des hôpitaux. Ces projets ont été menés dans des hôpitaux, dans l'ensemble de la province.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 2006-2007, environ 2 653 omnipraticiens et spécialistes ont tiré leur revenu, en tout ou en partie, du programme des autres modes de rémunération de la Colombie-Britannique.

Ce programme finance les régies régionales de la santé pour qu'elles embauchent des médecins salariés ou concluent des contrats avec des médecins pour la prestation de services cliniques assurés.

Le ministère de la Santé a mis en œuvre plusieurs programmes en vertu d'une entente auxiliaire concernant la pratique en milieu rural de 2002. Cette entente vise à améliorer la disponibilité et la stabilité des services médicaux dans les petites zones urbaines et les régions rurales ou éloignées de la Colombie-Britannique.

Ces programmes sont les suivants :

- le Rural Retention Program, qui prévoit des honoraires plus élevés pour les médecins admissibles (environ 1 300) et auquel les médecins résidents, itinérants et suppléants peuvent aussi participer; il prévoit aussi des honoraires fixes pour les médecins admissibles qui résident et pratiquent dans une communauté rurale;
- le Northern and Isolation Travel Assistance Outreach Program, qui a financé quelque 2 002 consultations de médecins de famille et de spécialistes dans les collectivités rurales;
- le Rural General Practitioner Locum Program, qui a fourni à des médecins de quelque 64 petites collectivités une aide pour recevoir de la formation médicale continue et une aide pour le remplacement pendant leurs vacances;
- le Rural Specialist Locum Program, qui a aidé les médecins des spécialités de base dans 15 communautés rurales en leur fournissant un remplaçant pour leurs vacances, pendant que des efforts de recrutement étaient déployés;
- le Rural Education Action Plan, qui a appuyé la formation à l'exercice de la médecine en milieu rural, notamment en offrant des stages cliniques en milieu rural aux étudiants et du perfectionnement pour les médecins;
- l'Isolation Allowance Fund, qui procurait un financement aux collectivités sans hôpital ayant moins de quatre médecins, ceux-ci ne devant pas recevoir de paiements du programme

Medical On call/Availability, de paiements de rappel ou de paiements à titre de « Doctor of the Day »;

- le Rural Loan Forgiveness Program, qui offre aux médecins, aux infirmières, aux sages-femmes et aux pharmaciens une réduction de 20 p 100 de leur prêt étudiant de la Colombie-Britannique par année de pratique en milieu rural.

Le Full-Service Family Practice Incentive Program a récemment été élargi en vertu de l'entente de 2007 avec les médecins, et le Ministère continue d'établir des directives et des protocoles de pratique clinique pour améliorer les soins aux patients.

La Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) s'agrandit en collaboration avec l'Université du Nord de la Colombie-Britannique, l'Université de Victoria et les régies régionales de la santé de la Colombie-Britannique. En 2002, le gouvernement avait annoncé l'allocation de 134 millions de dollars pour la construction d'un nouveau centre des sciences de la vie à l'UBC, à Vancouver, et dans d'autres campus de la Faculté de médecine à Prince George et Victoria.

En 2003, il y avait 128 étudiants en première année de médecine en Colombie-Britannique. L'élargissement du programme a porté ce nombre à 256 en 2007.

Par ailleurs, la Colombie-Britannique prévoit élargir encore plus le programme de médecine pour inclure la région intérieure sud de la Colombie-Britannique de manière à ajouter 32 autres places de première année au programme de médecine de la province.

En plus de l'élargissement du programme de médecine, le ministère de la Santé a commencé à élargir l'enseignement médical supérieur (postes de résidents) afin de suivre la croissance du programme de premier cycle en médecine. En 2003, le Ministère a financé 128 postes de résidents au niveau d'entrée pour des diplômés canadiens en médecine (DCM). Depuis juillet 2003, ce nombre a augmenté de 96 et a atteint 224 postes au niveau d'entrée. Avec l'élargissement à venir de l'enseignement médical incluant la région intérieure sud de la province, le nombre de postes de résidents au niveau d'entrée réservés à des DCM devrait passer à 288 avec l'enseignement médical supérieur.

5.4 Rémunération des médecins

La Colombie-Britannique négocie avec l'Association médicale de la Colombie-Britannique (BCMA) les modalités, les services assurés et la rémunération générale des médecins.

La BCMA a le droit exclusif de représenter les intérêts des médecins qui sont rémunérés par le gouvernement pour leurs services. L'affiliation à la BCMA n'est pas obligatoire.

Plus de 2,87 milliards de dollars ont été affectés à la rémunération des médecins, soit 24 p. 100 du budget du ministère de la Santé, en 2006-2007.

Le gouvernement de la Colombie-Britannique et la BCMA ont conclu une entente-cadre régissant la relation entre la province et ses médecins qui est entrée en vigueur en décembre 1993 et qui a été prolongée jusqu'au 31 mars 2001. Les parties ont conclu une deuxième entente-cadre le 28 février 2001, qui devait prendre fin à minuit le 31 mars 2006. L'entente de fait du 1er avril 2004, qui devait expirer le 31 mars 2007, comptait une clause de réouverture le 31 mars 2006 permettant d'amorcer des négociations sur les taux de rémunération pour l'exercice 2006-2007. Les négociations entre la BCMA et le gouvernement ont mené à l'entente de 2006 et à une deuxième entente-cadre modifiée. L'entente de 2006, qui prend fin le 1er avril 2012, porte sur des questions financières d'intérêt pour l'ensemble des médecins, tandis que les ententes auxiliaires se penchent sur des questions intéressant uniquement un groupe particulier de médecins.

En vertu de l'entente de 2006, les taux de rémunération ont connu des hausses généralisées : en 2006-2007, une hausse de 2,8 p. 100 a été accordée; en 2007-2008, la hausse représentait 2 p. 100; pour

2008-2009, une hausse de 2 p. 100 a été convenue; pour 2009-2010, une hausse de 3 p. 100 a été approuvée. Une clause de réouverture est prévue pour 2010, 2011 et 2012. Les ententes de rémunération à la vacation ont été rajustées de 5,5 p. 100 pour la première année, tandis que des mesures incitatives et du financement ciblé ont été intégrés dans l'entente, ce qui porte la hausse totale à environ 19 p. 100 d'ici 2010.

L'entente de fait comprenait certains éléments de restructuration et de renouvellement du système, dont les suivants : un examen du programme Medical On-Call/Availability Program; un soutien favorisant l'accès à des services de spécialistes; un soutien pour faciliter l'accès des patients à une médecine de famille complète et favoriser l'amélioration de cette médecine, ce qui permettra le partage des soins et des champs d'activités appropriés parmi les omnipraticiens, les médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé; l'élargissement du financement des autres modes de rémunération; un examen du travail du Joint Standing Committee on Rural Issues afin d'améliorer l'accès aux soins de santé des Britanno-Colombiens en milieu rural; l'utilisation de technologies électroniques dans la pratique médicale pour faciliter les soins aux patients.

Les prestations aux médecins ont également été améliorées en vertu de l'entente de fait et de l'entente de 2006; elles comprenaient des prestations accrues au Contributory Professional Retirement Savings Plan Agreement et des modifications au programme de congé de maternité des médecins.

L'entente de 2006 stipule que les parties doivent élaborer une entente-cadre pour les médecins et des ententes-cadres auxiliaires d'ici le 28 février 2007. Si, à cette date, les parties ne se sont pas entendues sur les modalités d'une entente-cadre pour les médecins et d'ententes-cadres auxiliaires, un conciliateur devra produire un rapport ciblant les points en litige. Conformément à ce qui a été demandé, le conciliateur devra commencer à travailler avec les parties à l'hiver 2006.

Les parties ont convenu que la deuxième entente-cadre modifiée restera en vigueur après le 31 mars 2007 ou jusqu'à ce qu'elle soit remplacée par l'entente-cadre pour les médecins et par les ententes-cadres auxiliaires. L'entente-cadre pour les médecins prend fin le 31 mars 2012; elle doit structurer la relation entre le gouvernement et la BCMA et remplacer toute entente précédente par cette nouvelle structure. Les niveaux de rémunération, les modalités de paiement, la rémunération à l'acte, la rémunération à la vacation ainsi que les hausses contractuelles et salariales établis dans l'accord de fait de 2006 ou dans les ententes auxiliaires seront toujours en vigueur. L'entente-cadre pour les médecins vise également à établir des processus de résolution des conflits qui créeront un cadre, à l'aide d'experts en médiation et en arbitrage, en vertu duquel tant les conflits de droits que ceux d'intérêts pourront être réglés en assurant une réduction de l'incidence sur les patients.

Le gouvernement a abordé les négociations avec les médecins dans un esprit de collaboration et en faisant primer l'intérêt de la qualité des soins pour les patients. Les négociations en vue de modifier la deuxième entente-cadre et de majorer la rémunération pour 2006-2007 ont débuté en 2005, selon une approche fondée sur des principes. Une entente de principe préliminaire pour la période de 2006 à 2102 a été conclue en mars 2006 et a été ratifiée en mai 2006. L'entente de 2006 facilite la coordination avec les régies de la santé et assure la participation de celles-ci à des comités tout en améliorant la coordination des soins aux patients en collaboration avec la BCMA et le ministère de la Santé. En vertu des ententes, les médecins sont toujours rémunérés pour la prestation de soins directement aux patients. L'entente comprenait aussi des initiatives de réforme, comme l'amélioration de la médecine de famille offrant des services complets ainsi que de meilleures initiatives de recrutement et de maintien en poste des médecins, dans la plupart des communautés rurales, et des spécialistes, s'il existe un problème ou si un problème est anticipé.

En ce qui concerne les dentistes, le gouvernement de la Colombie-Britannique négocie avec l'Association dentaire de la Colombie-Britannique (DABC). Le processus de négociation officiel précédent a conduit à un contrat mis à jour et modernisé, qui a expiré. Les parties respectent présentement un protocole d'entente en ce qui a trait au financement. La DABC a demandé la renégociation d'un nouveau contrat qui devrait débuter au printemps 2007.

Lois

La *Medicare Protection Act*, RSBC 1996, ch. 286, confère à la Medical Services Commission le pouvoir d'administrer le régime d'assurance-santé de la Colombie-Britannique. Aucune modification d'importance n'a été apportée à la *Loi* ni à son *Règlement* en 2006-2007.

Les médecins et les dentistes sont rémunérés en vertu de la *Medical Practitioners Act* et de la *Dentists Act* respectivement.

Méthodes de rémunération des médecins et des dentistes

Les services médicaux fournis dans la province sont payés aux médecins sur une base individuelle, en fonction de leurs relevés d'honoraires, dans le cadre du régime d'assurance-santé, et aux régies de la santé, pour le paiement des médecins contractuels, dans le cadre de l'Alternative Payments Program. Plus de 90 p. 100 des paiements ont été effectués à l'acte, et près de 10 p. 100, selon d'autres modes. Ces derniers paiements se répartissaient comme suit : 63,5 p. 100 sous forme de contrats, 26,3 p. 100 à la vacation (unités de service de 3,5 heures), 4,5 p. 100 sous forme de salaire et 5,7 p. 100 sous forme de capitation. Le gouvernement finance les régies de la santé pour ces paiements, mais ne paie pas les médecins directement.

Les services dentaires fournis dans la province sont payés uniquement à l'acte dans le cadre du régime d'assurance-santé.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les fonds destinés aux services hospitaliers sont compris dans l'allocation annuelle de fonds et dans les paiements versés aux régies régionales de la santé. Cette allocation de fonds doit être utilisée pour financer toute la gamme des services de santé dont a besoin la population de la région (ou des services provinciaux particuliers pour la population de la Colombie-Britannique), y compris la prestation de services hospitaliers.

Même si la portion de l'allocation de fonds destinée aux hôpitaux n'est généralement pas spécifiée, les fonds affectés à des projets prioritaires particuliers font exception à cette règle (p. ex. réduction des temps d'attente pour la chirurgie de la hanche ou du genou). Des fonds sont expressément destinés à ces initiatives, et il doit en être rendu compte séparément.

Les allocations annuelles de fonds aux régies de la santé sont définies dans le cadre du processus de budget annuel du ministère de la Santé après avoir consulté le ministre des Finances et le Conseil du Trésor. Le montant final du financement est communiqué aux régies de la santé par une lettre de financement annuelle.

Les mécanismes de reddition de comptes pour le financement gouvernemental des hôpitaux font partie de plusieurs documents importants dans lesquels sont énoncées les attentes à l'égard des régies de la santé. Ces documents sont la lettre de financement annuelle, les plans de service annuels et les lettres sur les attentes du gouvernement. Ensemble, ils communiquent les attentes générales du ministère de la Santé à l'endroit des régies de la santé et expliquent comment le rendement par rapport à ces attentes sera contrôlé.

La *Hospital Insurance Act* et son *Règlement* régissent les paiements effectués par le régime d'assurance-santé aux régies de la santé. Cette Loi établit le pouvoir du ministre de verser des paiements aux hôpitaux et indique en termes généraux quels services sont assurés lorsqu'ils sont fournis dans un hôpital.

En 2006-2007, ni la *Loi* ni le *Règlement* n'ont été modifiés en ce qui concerne les paiements au titre des services hospitaliers assurés.

Les services hospitaliers assurés sont financés à même l'allocation annuelle de fonds des régies régionales de la santé, mais peuvent aussi faire l'objet d'un financement ciblé particulier de temps à autre. Un financement par reconduction est accordé aux régies de la santé à l'aide de la formule de financement fondée sur les besoins de la population du ministère de la Santé et d'autres méthodes d'allocation de fonds (afin de tenir compte de besoins précis au sein des régies de la santé sur le plan de l'exécution des programmes).

Un total de 7,1 milliards de dollars a été transféré aux régies de la santé en 2006-2007 pour leur permettre d'offrir toute la gamme de soins de santé (soins actifs, soins en établissement, soins en milieu communautaire, santé publique, prévention, santé mentale chez les adultes, programmes de toxicomanie, etc.).

L'allocation annuelle de fonds des régies de la santé n'inclut pas les fonds destinés aux programmes qui relèvent directement du ministère de la Santé, comme la rémunération des médecins, le paiement des médicaments d'ordonnance couverts par l'assurance-médicaments ou les services ambulanciers provinciaux.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le financement reçu du gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé est reconnu et mentionné par le gouvernement de la Colombie-Britannique sur divers sites Web et dans divers documents du gouvernement provincial.

Pour l'exercice 2006-2007, ces documents sont :

- Public Accounts 2005-2006 (document déposé le 17 juillet 2006) www.fin.gov.bc.ca/ocg/pa/05_06/pa05_06.htm.
- Budget and Fiscal Plan, 2006–2007 to 2008–2009 (document déposé le 21 février 2006) www.bcbudget.gov.bc.ca/2006/bfp/default.htm.
- Estimates, Fiscal Year Ending March 31, 2007 (document déposé le 21 février 2006)
- www.bcbudget.gov.bc.ca/2006/est/Estimates_06a.pdf.

7.0 Services complémentaires de santé

Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Les établissements de soins pour bénéficiaires internes assurent en tout temps des soins infirmiers et une surveillance dans un milieu protégé aux personnes qui ont, en matière de soins, des besoins complexes qui ne peuvent plus être assurés dans leur propre demeure.

Les clients de ces établissements paient un tarif quotidien établi en fonction de leur revenu net d'impôt. Les tarifs quotidiens sont redressés chaque année, d'après l'Indice des prix à la consommation. Les lois qui régissent ces établissements sont la *Community Care and Assisted Living Act*, l'*Adult Care Regulations*, la *Hospital Act*, le *Hospital Act Regulation*, la *Hospital Insurance Act*, le *Hospital Insurance Act Regulations* ainsi que la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation*.

Les familles d'accueil offrent dans leur résidence unifamiliale des services de repas, d'entretien ménager et d'aide aux activités de la vie quotidienne à un maximum de deux clients. Les coûts sont les

mêmes que dans un établissement de soins pour bénéficiaires internes.

Les lois qui régissent les familles d'accueil sont la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation*.

Les adultes qui ont un handicap peuvent également vivre de façon autonome dans la collectivité, dans des foyers de groupe financés par l'État. Ces foyers, sécuritaires et abordables, comptent de quatre à six lits. Ils offrent l'hébergement à court et à long terme, de la formation pour l'acquisition des compétences de base, des groupes d'entraide et du counselling. Les frais de subsistance non associés aux soins, comme la nourriture et le loyer, sont à la charge du client. Le loyer est établi en fonction du revenu. Les lois qui régissent les foyers de groupe sont la *Community Care and Assisted Living Act*, le *Adult Care Regulations*, la *Continuing Care Act* et le *Continuing Care Programs Regulation*.

Les résidences-services fournissent l'hébergement et le couvert, ainsi que des services d'aide personnelle aux adultes qui sont autonomes mais ont besoin d'une aide régulière pour les activités de la vie quotidienne, habituellement en raison de leur âge, d'une maladie ou d'un handicap. Les appartements sont normalement d'une chambre à coucher.

Les services disponibles sont les suivants : aide pour le bain, la toilette, l'habillage ou la mobilité, auxquels s'ajoutent les repas, l'entretien ménager, la lessive, les activités sociales et récréatives, ainsi qu'un système de réponse disponible en tout temps. Les clients paient un tarif équivalant à 70 p. 100 de leur revenu libre d'impôt, jusqu'à concurrence d'un montant établi d'après le prix moyen du marché pour les centres offrant l'hébergement et le couvert dans la région et le coût réel des soins personnels. Les lois qui régissent les résidences-services sont la *Community Care and Assisted Living Act*, l'*Assisted Living Regulation*, la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation*.

Les hospices offrent un milieu de vie qui tente de recréer celui de la maison. Des professionnels y fournissent des soins destinés à assurer le bien-être des Britanno-Colombiens de tous âges en phase terminale d'une maladie ou en fin de vie. Les services disponibles sont les soins médicaux et infirmiers, la planification de soins spécialisés, la prise en charge de la douleur et des symptômes, le soutien psychosocial et spirituel et le soutien aux personnes endeuillées. Des frais peuvent être exigés à l'égard de certains de ces services. Les lois qui régissent les hospices sont la *Community Care and Assisted Living Act*, l'*Adult Care Regulations*, l'*Hospital Act* et le *Hospital Act Regulation*.

Services pour les personnes qui ont une maladie mentale ou des problèmes de toxicomanie

Il existe trois types distincts d'hébergement et de programmes pour les personnes qui éprouvent de graves problèmes de santé mentale ou de toxicomanie : les établissements de soins pour bénéficiaires internes, les familles d'accueil et le logement subventionné.

Établissements de soins pour bénéficiaires internes

Ces établissements offrent 24 heures sur 24 des soins, des traitements intensifs et des services de soutien, y compris des services de réadaptation psychosociale, par exemple de l'aide pour les soins personnels, l'entretien ménager, la gestion de l'argent, la socialisation, la prise des médicaments et la liaison avec des services externes comme les programmes d'éducation et d'emploi subventionnés. Pour certains pensionnaires, ces établissements sont une étape vers un mode d'hébergement plus autonome, mais pour d'autres, ils représentent une solution permanente. Tous les établissements doivent être autorisés en vertu de la *Community Care and Assisted Living Act*. Les clients paient un prix de journée uniforme pour la chambre et la pension en fonction de leur revenu.

Familles d'accueil

Ces foyers privés, exploités par des familles ou des individus, permettent d'acquérir des aptitudes élémentaires à la vie quotidienne et fournissent des services de réadaptation psychosociale à des clients incapables de vivre de façon autonome qui ont justement besoin d'aide dans un contexte familial pour acquérir les compétences et la confiance nécessaires à la vie autonome. Les foyers n'ont pas à obtenir de permis ou d'autorisation, mais ils doivent satisfaire aux normes fixées par la régie de la santé. Les clients paient un prix de journée uniforme pour la chambre et la pension en fonction de leur revenu.

Logement subventionné

Les programmes de logement subventionné offrent un lieu d'habitation abordable et sûr ainsi que divers services de réadaptation sociale et de maintien à domicile, comme de l'aide pour la préparation des repas, les soins personnels, l'entretien ménager, la prise des médicaments, la socialisation et la gestion des crises. Les programmes de logement subventionné incluent les appartements subventionnés, les appartements dans des immeubles résidentiels, l'habitation collective, les foyers de groupe et l'hébergement présentant peu d'obstacles. Les clients paient un loyer modique en fonction de leur revenu.

Services de soins à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile et les services de réadaptation en milieu communautaire sont des services professionnels fournis à des personnes de tous âges par des infirmières autorisées et des thérapeutes en réadaptation. Ils sont offerts sur une base non urgente et comprennent l'évaluation, l'enseignement et la consultation, la coordination des soins ainsi que la prestation de soins ou l'administration de traitements par du personnel infirmier aux clients ayant besoin de soins prolongés, actifs ou palliatifs ou de services de réadaptation. Ces services sont offerts sans frais.

Le maintien à domicile aide les personnes à continuer de vivre chez elles. Les aides de maintien à domicile apportent une aide aux activités de la vie quotidienne, comme le bain, l'habillage et la toilette. Elles effectuent parfois des travaux ménagers légers pour que le milieu de vie soit sécuritaire et favorise le bien-être. Des frais peuvent être exigés, selon le revenu de la personne. Les lois régissant le maintien à domicile sont la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation*.

Les soins en fin de vie assurent le confort du patient, préservent sa dignité et lui conservent une qualité de vie par le soulagement ou la maîtrise des symptômes. Le mourant et ses proches peuvent ainsi centrer leur énergie sur le temps qu'il leur reste à passer ensemble pour en profiter.

Des soignants professionnels et du personnel auxiliaire prodiguent avec compassion des soins de soutien à domicile, à l'hôpital, à l'hospice, à des résidences-services ou à des établissements de soins pour bénéficiaires internes. Des frais peuvent être exigés selon les genres de services et le revenu de la personne.

Un programme de services de soins palliatifs a été mis en place en 2001 pour fournir aux personnes à la maison qui vivent leurs derniers instants des médicaments autorisés pour le soulagement de la douleur ou des symptômes ainsi que des fournitures et du matériel médicaux, sans frais. Les médicaments approuvés peuvent être achetés dans une pharmacie de la région.

Services de soins ambulatoires

Les programmes de jour pour adultes aident les personnes âgées et les adultes handicapés à être autonomes. Les groupes d'entraide et les activités sont l'occasion pour le client de participer plus activement à la vie de sa collectivité et offrent un répit aux personnes qui s'en occupent. Les services disponibles, soins personnels, activités sociales, repas et transport, varient d'un centre à l'autre.

Les centres imposent normalement des frais quotidiens minimes, qui servent à payer les fournitures d'artisanat, le transport et les repas. Les lois régissant les programmes de jour pour adultes sont la *Continuing Care Act* et le *Continuing Care Programs Regulation.*

Personnes inscrites					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	4 017 912	4 099 076	4 182 682	4 216 199	4 279 734

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
2. Nombre (#) : [1]					
a. soins actifs	92	92	92	82	82
b. soins chroniques	18	18	18	19	18
c. soins de réadaptation	3	3	4	4	4
d. autres	25	24	23	32	35
e. total	138	137	137	137	139
3. Paiement des services de santé assurés ($) : [2]					
a. soins actifs	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. soins chroniques	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
c. soins de réadaptation	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
d. autres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
e. total	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Établissements privés à but lucratif	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	1	11	17	18	22
b. établissements d'imagerie diagnostique	n.d.	0	1	1	0
c. total	1	11	18	19	22
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	358 600	1 470 370	n.d.	n.d.	n.d.
b. établissements d'imagerie diagnostique	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
c. total	358 600	1 470 370	n.d.	n.d.	n.d.

Pour les points 1 et 2 : Les données historiques et actuelles diffèrent parfois d'un rapport à l'autre parce que les sources de données, les définitions et les méthodes peuvent changer d'année en année.

1. En Colombie-Britannique, les catégories d'établissements utilisées dans ce tableau ne sont pas celles normalement en usage au ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, mais y correspondent le plus étroitement possible.

   — Soins actifs : seulement les établissements de soins actifs aux malades hospitalisés à partir de 2005-2006. Au cours des années précédentes, cette catégorie comprenait aussi les établissements de soins actifs ambulatoires et un établissement de soins psychiatriques fournis aux malades hospitalisés (qui se trouvent maintenant dans la catégories « Autres »).

   — Soins chroniques : établissements de soins prolongés. L'établissement additionnel pour 2005-2006 n'est pas un nouvel établissement. Par le passé, les statistiques concernant cet établissement étaient incluses dans un groupe plus vaste d'établissements, mais elles sont désormais consignées séparément.

   — Soins de réadaptation : établissements de réadaptation.

   — Autres : établissements de soins actifs ambulatoires, centres de diagnostic et de traitement et un établissement de soins psychiatriques fournis aux malades hospitalisés.

   Le nombre d'établissements dans le présent tableau ne concorde pas avec les nombres provenant de la Base de données sur les congés des patients, du SIG ou de la *Societies Act*, chaque système de rapport ayant sa propre méthode pour compter les établissements ayant des installations à plus d'un endroit et pour les classer par fonction.

2. En Colombie-Britannique, les régies régionales de la santé sont responsables d'un large éventail de services de soins de santé, dont les soins actifs en milieu hospitalier, les soins en établissement, les soins communautaires et à domicile, les soins communautaires en santé mentale et les services de santé publique, sauf les services médicaux, les services de laboratoire et les services d'assurance-médicaments. Les rapports financiers ne présentent pas séparément les dépenses liées aux services fournis en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

   Les paiements aux régies régionales de la santé de la part du ministère de la Santé de la C.-B. pour la prestation d'un éventail complet de services fournis à l'échelle régionale ont été les suivants : 4,59 milliards de $ en 1999-2000, 5,20 milliards de dollars en 2000-2001, 5,62 milliards de dollars en 2001-2002, 6,06 milliards de $ en 2002-2003, 6,21 milliards de $ en 2003-2004, 6,25 milliards de $ en 2004-2005, 6,62 milliards de $ en 2005-2006 et 7,1 milliards de $ en 2006-2007.

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	7 618	7 294	7 467	6 517	7 172
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	40 195 515	45 318 174	51 869 175	49 899 859	65 678 542
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	83 152	81 911	80 386	77 537	81 878
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	11 223 254	11 105 322	13 574 737	14 089 042	17 937 647
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	1 795	1 970	2 294	2 345	1 858
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	2 294 341	2 365 051	3 811 717	4 248 649	3 452 739
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	949	611	761	1 247	960
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	543 969	294 712	741 617	770 215	453 698

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	4 471	4 573	4 629	4 681	4 756
b. spécialistes	3 421	3 510	3 642	3 773	3 870
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	7 892	8 083	8 271	8 454	8 626
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	3	3	4	4	3
b. spécialistes	3	2	2	2	2
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	6	5	6	6	5
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	1	1	1	1	1
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	1	1	1	1	1
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. paiements totaux ($)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	61 640 648	63 758 925	65 944 973	70 083 943	72 660 315
b. paiements totaux ($)	1 904 028 933 [3]	1 967 031 496 [3]	1 956 374 356 [3]	2 032 537 376 [3]	2 061 333 925 [3]

3. La rémunération à l'acte prévue par le MSP qui est rapportée à la cellule 18b ne comprend pas les hausses tarifaires rétroactives qui s'appliqueront aux frais médicaux pour 2006-2007; le montant n'a pas encore été établi.

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
19. Nombre de services (#)	617 834	604 748	628 099	674 497	673 886
20. Paiements totaux ($)	22 403 444	22 516 419	23 624 476	25 781 441	26 928 627
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	48 457	52 673	65 134	69 741	55 527
22. Paiements totaux ($)	2 145 121	2 281 820	2 767 854	3 121 999	2 551 760

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
23. Nombre de dentistes participants (#)	249	243	228	238	234
24. Nombre de services fournis (#)	36 680	36 809	38 310	41 965	44 015
25. Paiements totsux ($)	5 379 450	5 170 348	5 268 900	5 833 105	6 087 395

Yukon

Introduction

Le régime d'assurance-santé du gouvernement du Yukon comprend le Régime d'assurance-santé du Yukon (RASY) et le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon (RAHY). Le RASY est administré par un directeur nommé par le membre du conseil exécutif (ministre), et le RAHY, par un administrateur, nommé par le commissaire en conseil exécutif (commissaire du Yukon). Le directeur du RASY et l'administrateur du RAHY portent ci-après le titre de « directeur des services de santé assurés et de santé auditive ». Toute mention du « régime » dans le présent texte concerne soit le Régime d'assurance-santé du Yukon ou le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon. Il n'existe aucun conseil de santé régional.

L'objectif du système de santé du Yukon est d'assurer l'accessibilité et la transférabilité des services médicaux et hospitaliers assurés, conformément aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-santé* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*. Tous les résidents admissibles du Yukon sont couverts, selon des modalités uniformes. Le ministre de la Santé et des Affaires sociales est responsable de la prestation de tous les services de santé assurés, dont l'administration est centralisée à ce ministère. En date du 31 mars 2007, le nombre de personnes admissibles inscrites au régime d'assurance-santé du Yukon s'élevait à 32 936.

Les autres services assurés offerts aux résidents admissibles du Yukon sont le programme d'assurance-déplacements, le programme de prestations aux malades chroniques et aux personnes handicapées, les programmes d'assurance-médicaments et d'assurance-santé complémentaires et le programme d'assurance-médicaments et de soins de la vue pour les enfants. Les programmes de services de santé non assurés sont les services de soins continus, de soins infirmiers communautaires, de santé communautaire et de santé mentale.

Les initiatives de soins de santé du territoire sont axées notamment sur l'accessibilité et la disponibilité des services, le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé, les soins de santé primaires, l'élaboration de systèmes et les autres modes de rémunération et de prestation de services. Citons en particulier :

- Les initiatives de soins primaires en cours, qui permettront d'élargir et de renforcer la prestation des services, de même que de moderniser et d'améliorer les fonctionnalités du système. Elles comprennent les suivantes :
  - le système d'information sur les services de santé assurés – un nouveau système est en service depuis un peu plus d'un an seulement pour le traitement des demandes d'inscription à l'assurance-santé et les demandes de paiement pour les services médicaux, les services hospitaliers et les médicaments. Le module de remboursement des dépenses pour les services de santé obtenus hors du Yukon est au stade de la conception;
  - la collaboration avec l'Association médicale du Yukon afin de trouver des solutions pour les habitants du Yukon sans médecin de famille se poursuit;
  - l'ouverture d'une clinique de stimulateurs cardiaques en février 2007 qui dessert environ 60 résidents du Yukon – ainsi, les résidents qui ont un stimulateur cardiaque n'ont plus besoin d'aller à l'extérieur du territoire pour l'examen médical de leur appareil;
  - des travaux de planification en cours pour recruter un plus grand éventail de spécialistes itinérants qui offriront des services à la clinique des spécialistes itinérants;

- *Diabetes Collaborative*, qui aide les médecins à mieux soigner les personnes diabétiques, est opérationnel et entre dans sa deuxième phase. Au cours de cette deuxième phase, les médecins en milieu rural utiliseront la trousse d'outils de la Colombie-Britannique pour la prise en charge des maladies chroniques afin d'aider à une meilleure prise en charge de leurs cas de diabète.

En 2006-2007, les augmentations des dépenses de santé par rapport à 2005-2006 sont les suivantes :

- services de santé assurés : 8 500 000 $;[1]
- services hospitaliers : 2 102 272 $;
- soins continus : 744 000 $;
- soins infirmiers communautaires et services médicaux d'urgence : 544 302 $;
- programmes de santé communautaire : 443 265 $.

Les principaux obstacles au progrès de la prestation des services de santé assurés dans le territoire sont notamment :

- l'incapacité de mieux relier et coordonner les services actuels et les fournisseurs de service;
- le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé qualifiés;
- l'augmentation des coûts connexes à la prestation de services;
- l'augmentation des coûts associés aux changements démographiques;
- l'acquisition et l'entretien de nouveaux appareils de diagnostic et de traitement de pointe.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le paragraphe 3(2) et l'article 4 de la *Loi sur l'assurance-santé* renferment les dispositions concernant la gestion de ce régime par une autorité publique. Ils n'ont pas été modifiés en 2006-2007.

Les articles 3(1) et 5 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* renferment les dispositions concernant la gestion de ce régime par une autorité publique. Ils n'ont pas été modifiés en 2006-2007.

Sous réserve des dispositions de l'article 5 de la *Loi sur l'assurance-santé* et du *Règlement* afférent, le mandat et la fonction du directeur des services de santé assurés et de santé auditive sont :

- d'élaborer et d'administrer le régime;
- de déterminer l'admissibilité aux services de santé assurés;
- d'inscrire des personnes au régime;
- d'effectuer les paiements en vertu du régime, et de décider de l'admissibilité à ces paiements et d'en fixer les montants;
- de fixer les montants payables pour les services de santé assurés à l'extérieur du Yukon;
- de créer des comités consultatifs et de nommer des particuliers chargés d'aider au fonctionnement du régime;
- d'intenter des poursuites et de négocier des règlements à l'amiable dans l'exercice du droit du gouvernement du Yukon d'être subrogé dans les droits des assurés au titre de la *Loi*;

1. Les hausses s'expliquent par la présence de médecins supplémentaires, les augmentations des prestations du programme d'assurance-déplacements, la hausse des taux réciproques de malades hospitalisés et de services en consultation externe et une augmentation du nombre de spécialistes itinérants.

- d'effectuer des enquêtes et des programmes de recherche, et d'obtenir des statistiques à ces fins;
- de déterminer les renseignements qui doivent être fournis en application de la *Loi* et les formes sous lesquelles ils doivent être fournis;
- de nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les dossiers médicaux, rapports et comptes pour en tirer des renseignements;
- de s'acquitter des autres fonctions dont le charge le membre du Conseil exécutif en application de la *Loi*.

Sous réserve des dispositions de l'article 6 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et des règlements afférents, le mandat et la fonction du directeur des services de santé assurés et de santé auditive sont :

- de mettre en œuvre et d'administrer le régime;
- de fixer l'admissibilité et le droit aux services assurés;
- de fixer les montants qui peuvent être versés pour acquitter le coût des services assurés offerts à des bénéficiaires;
- de conclure des accords pour le compte du gouvernement du Yukon avec des hôpitaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Yukon, ou avec le gouvernement du Canada ou d'une province, ou un de leurs organismes compétents, relativement à la fourniture de services assurés à des bénéficiaires;
- d'agréer des hôpitaux pour l'application de la *Loi*;
- d'effectuer des enquêtes et des programmes de recherche, et d'obtenir des statistiques à ces fins;
- de nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les livres, rapports et comptes des hôpitaux pour en tirer des renseignements;
- de prévoir les formulaires et les livres nécessaires à la mise en œuvre de la *Loi*;
- d'accomplir toute autre fonction et de s'acquitter de toute autre tâche que la réglementation peut lui attribuer.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales est responsable devant l'Assemblée législative et le gouvernement du Yukon par l'intermédiaire du ministre.

L'article 6 de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 7 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* exigent que le directeur des services de santé assurés et de santé auditive présente au ministre un rapport annuel sur l'administration des deux régimes d'assurance-santé. L'état des recettes et dépenses est déposé à l'Assemblée législative, où il doit faire l'objet de discussions.

1.3 Vérification des comptes

Le Régime d'assurance-santé et le Régime d'assurance-hospitalisation peuvent être vérifiés par le Bureau du vérificateur général du Canada. Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Yukon, conformément à l'article 30 de la *Loi sur le Yukon* (Canada). Il doit mener une vérification annuelle des transactions et des états financiers consolidés du gouvernement du Yukon. Il doit de plus signaler à l'Assemblée législative du Yukon tout point du ressort de la vérification qui, selon lui, doit être communiqué à l'Assemblée.

La dernière vérification concernait l'exercice se terminant le 31 mars 2007.

En ce qui a trait à la Régie des hôpitaux du Yukon, le paragraphe 11(2) de la *Loi sur les hôpitaux* exige que chaque hôpital remette un rapport de ses activités pour l'exercice précédent. Ce rapport doit notamment comporter les états financiers de la Régie et le rapport du vérificateur. Il doit être présenté au ministère de la Santé et des Affaires sociales dans les six premiers mois de chaque exercice.

1.4 Mandataire désigné

Le Régime d'assurance-santé du Yukon n'a aucun mandataire désigné autorisé à recevoir des montants

payables ou à verser des paiements au titre de la *Loi sur l'assurance-santé* ou de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 3, 4, 5 et 9 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* confèrent le pouvoir d'offrir des services hospitaliers assurés aux résidents assurés. La Yukon Hospital Insurance Services Ordinance, adoptée en 1960, est entrée en vigueur le 9 avril de la même année. Aucune modification n'a été apportée à ces dispositions en 2006-2007.

En 2006-2007, 15 établissements situés sur l'ensemble du territoire ont offert des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et externes. Ces établissements comprennent un hôpital général, un hôpital et 13 centres de santé.

Adoptée le 7 décembre 1989, la *Loi sur les hôpitaux* confère à la législature et au gouvernement la responsabilité de veiller à ce que soient respectées les méthodes de fonctionnement et les normes appropriées applicables aux établissements et aux soins. Adopté le 11 novembre 1994, le *Règlement sur les normes applicables aux hôpitaux* définit les conditions de fonctionnement de tous les hôpitaux du territoire. Le paragraphe 4(1) prévoit la nomination par le ministre d'une ou de plusieurs personnes pour enquêter et faire rapport sur la gestion et l'administration d'un hôpital. Le paragraphe 4(2) exige que le conseil d'administration de l'hôpital établisse et maintienne un programme d'assurance de la qualité. La Régie des hôpitaux du Yukon a obtenu un agrément de trois ans du Conseil canadien d'agrément des services de santé.

Depuis avril 1997, c'est le gouvernement du Yukon, plutôt que le gouvernement fédéral, qui assume la responsabilité des centres de santé. Ces établissements, dont l'hôpital pavillonnaire de Watson Lake, fonctionnent en respectant les champs d'activités du personnel de soins infirmiers – en santé communautaire, dans les postes de soins infirmiers et dans les centres de soins de santé – adoptés par la Direction générale des services médicaux, ainsi que le champ d'activités des infirmières en santé communautaire. Le champ d'activités des infirmières de chevet a été défini et mis en œuvre en février 2002.

Aux termes des alinéas 2e) et 2f) du *Règlement* concernant les services d'assurance-hospitalisation, les services rendus dans un hôpital agréé sont assurés. La définition de « services assurés aux patients hospitalisés » qui figure à l'alinéa 2e) comprend tous les services suivants fournis aux malades hospitalisés : l'hébergement et les repas en salle commune ou au niveau de service normal; les services infirmiers essentiels; les examens de laboratoire, radiographies et épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation de leurs résultats dans le but de préserver la santé, de prévenir la maladie ou de faciliter le diagnostic et le traitement d'un traumatisme, d'une maladie ou d'un handicap; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du *Règlement*, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital; l'usage de la salle d'opération, de la salle d'examen et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes; les fournitures chirurgicales habituelles; l'usage des installations de radiothérapie, s'il y a lieu; l'usage des installations de physiothérapie, s'il y a lieu; les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital pour ce faire.

La définition de « services assurés aux malades externes » à l'alinéa 2f) du même *Règlement* inclut les services fournis aux malades externes pour le diagnostic ou le traitement d'urgence dans les 24 heures suivant un accident (laquelle période peut être prolongée par l'administrateur lorsque le service n'a pu être obtenu dans les 24 heures suivant l'accident), à savoir : les services infirmiers essentiels; les examens de laboratoire, radiographies

et autres épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation de leurs résultats dans le but de faciliter le diagnostic et de soigner un traumatisme; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du *Règlement*, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital; l'usage de la salle d'opération et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes; les fournitures chirurgicales habituelles; les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital pour ce faire; l'usage des installations de radiothérapie, s'il y a lieu; l'usage des installations de physiothérapie, s'il y a lieu.

Conformément au *Règlement* concernant les services d'assurance-hospitalisation, tous les services offerts aux patients hospitalisés et aux malades externes dans un hôpital approuvé par les employés de cet établissement sont des services assurés. Les soins infirmiers, les produits pharmaceutiques, les fournitures et les services de diagnostic et de chirurgie habituels sont offerts. Tout nouveau programme ou toute amélioration ayant d'importantes répercussions financières, de même que les réductions de services ou de programmes doivent être approuvés par le ministre de la Santé et des Affaires sociales. Ce processus est géré par le directeur des services de santé assurés et de santé auditive. Pour les questions concernant les changements de niveau de service, des membres du conseil d'administration de l'hôpital représentent le public.

En 2006-2007, un total de 550 000 $ a été consacré à l'achat d'équipement hospitalier, dont la réalisation d'un projet de codage par code à barres/balayage, l'achat d'un nasopharyngoscope Olympus P3 ou 4 et d'un microdébrideur Xomed, et la mise à niveau du microscope d'ORL pour la clinique des spécialistes.

Du financement additionnel a été accordé pour accroître le nombre d'arthroplasties du genou pratiquées au Yukon.

Une somme supplémentaire de 45 000 $ a été consacrée à l'établissement d'une clinique satellite de spécialistes à Whitehorse.

Grâce à ces mesures, le Yukon recourra moins aux services offerts à l'extérieur du territoire.

2.2 Services médicaux assurés

Les articles 1 à 8 de la *Loi sur l'assurance-santé* et les articles 2, 3, 7,10 et 13 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* prévoient la prestation de services médicaux assurés. Aucune modification n'a été apportée à ces articles en 2006-2007.

Le Régime d'assurance-santé du Yukon couvre les services médicalement nécessaires fournis par des médecins. Pour y participer, le médecin doit satisfaire aux exigences suivantes :

- s'inscrire au registre médical pour obtenir une licence conformément à la *Loi sur la profession médicale*;
- conserver sa licence, conformément à la *Loi sur la profession médicale*.

Le nombre estimatif de médecins résidents qui participaient au régime d'assurance-santé du Yukon en 2006-2007 était de 66.

Aux termes du paragraphe 7(5) du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon*, les médecins du territoire peuvent choisir de facturer les services assurés aux patients s'ils font part de ce choix par écrit. En 2006-2007, aucun médecin n'a remis d'avis écrit concernant son choix de percevoir des honoraires sans passer par le régime d'assurance-santé du Yukon.

Les services médicaux assurés au Yukon sont les services médicalement nécessaires rendus par un médecin. La liste des services non assurés par le régime figure à l'article 3 du *Règlement* et sont notamment : les conseils donnés au téléphone; les services de médecine légale; la préparation des dossiers et des rapports; les services réclamés par un tiers; le traitement esthétique; les services qu'aucune raison d'ordre médical ne justifie.

Les ajouts au Payment Schedule for Yukon (tarifs d'honoraires pour le Yukon) passent par un processus

géré par un comité et prévoyant la présentation d'une demande écrite des médecins au comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon.

Ce comité examine la demande, et la décision d'inclure ou non le service est prise. Les coûts ou les honoraires connexes sont établis d'après ceux des autres administrations et lorsqu'ils sont fixés, tous les médecins du Yukon en sont informés. Une consultation publique n'est pas requise.

De nouveaux honoraires peuvent également être négociés entre l'Association médicale du Yukon et le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus, qui ne prévoit aucune consultation publique.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes qui fournissent des services de chirurgie dentaire assurés par le régime d'assurance-santé du territoire doivent être titulaires d'une licence délivrée sous le régime de la *Loi sur les professions dentaires*. Ils reçoivent un numéro de facturation au régime d'assurance-santé du Yukon pour la prestation de services dentaires assurés. En 2006-2007, deux dentistes ont facturé au régime des services dentaires assurés fournis à des résidents du Yukon. Les services fournis à l'extérieur du territoire sont également facturés directement au régime.

Les dentistes peuvent choisir de ne pas participer au régime d'assurance-santé selon les mêmes modalités que les médecins. En 2006-2007, aucun dentiste n'a remis d'avis écrit concernant son choix de percevoir des honoraires sans passer par le régime d'assurance-santé.

Les services dentaires assurés se limitent aux actes de chirurgie dentaire inscrits à l'annexe B du *Règlement* et qui ne peuvent être exécutés que dans un hôpital en raison des ressources particulières qu'ils exigent (p. ex. : correction chirurgicale du prognathisme ou de la micrognathie).

Un décret modifiant l'annexe B du *Règlement* concernant les services d'assurance-santé est requis pour qu'un service soit ajouté à la liste des services dentaires assurés ou en soit retiré. Les décisions à cet égard sont fonction de la nécessité de fournir le service dans un hôpital sous anesthésie générale. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Seuls les services prescrits et rendus conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et à son *Règlement* et à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et à son *Règlement* sont assurés. Aucun autre service n'est couvert.

Les services médicaux non assurés comprennent : les services non médicalement nécessaires; les frais d'interurbains; la préparation ou la fourniture d'un médicament; les consultations téléphoniques à la demande de la personne assurée; les services médico-légaux, y compris les examens et les rapports; les services fournis à des fins esthétiques; l'acupuncture; les interventions expérimentales.

L'article 3 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* renferme une liste partielle des services non assurés.

Les services hospitaliers non assurés comprennent l'hospitalisation des non-résidents; les services d'infirmières spéciales ou privées retenus par le patient ou la famille du patient; le supplément pour une chambre privée ou semi-privée, lorsque celle-ci n'est pas médicalement nécessaire; les béquilles et autres dispositifs semblables; les coûts d'une maison de soins infirmiers; la télévision; le téléphone; les médicaments et les produits biologiques requis par un malade après son congé de l'hôpital. (Ces services ne sont pas fournis par l'hôpital.)

Les services dentaires non assurés comprennent les actes réputés restaurateurs et les actes qui ne sont pas exécutés dans un hôpital sous anesthésie générale.

La *Loi* prévoit aussi que tous les services auxquels une personne est admissible et a droit en vertu de toute autre loi ne sont pas assurés.

Tous les résidents du Yukon jouissent de l'égalité d'accès aux services. Les tiers, comme les assureurs privés et la Commission de la santé et de la sécurité au travail, n'ont pas accès en priorité aux services en versant un supplément.

L'achat de services ou de fournitures non assurés, comme les plâtres en fibre de verre, ne compromet en rien l'accès aux services assurés. Les assurés sont informés de leurs options en matière de traitement lorsqu'ils reçoivent le service.

Le territoire n'a aucun processus officiel de surveillance de la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent au directeur des services de santé assurés et de santé auditive d'exercer une surveillance en cas de préoccupations relatives à l'utilisation ou aux services.

Dans le territoire, les médecins peuvent facturer directement aux patients les services de santé non assurés. Des honoraires forfaitaires ne sont pas actuellement demandés, mais certains médecins facturent en fonction du service. Les services facturables comprennent entre autres la consignation de renseignements dans les formulaires de demande d'emploi et la préparation de rapports médicaux juridiques, le transfert de dossiers, les examens réclamés par des tiers, certains services non urgents ainsi que les prescriptions, les conseils et le coun-seling donnés au téléphone. Le paiement n'a aucune incidence sur l'accès des patients aux services puisque les cliniques et les médecins ne facturent pas tous ces services et que d'autres agences ou les employeurs peuvent couvrir ces coûts.

Le processus utilisé pour désassurer un service couvert par le régime d'assurance-santé du Yukon est le suivant :

- Services médicaux : Le comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon examine les modifications à apporter au Payment Schedule for Yukon, dont celles qui découlent de la décision de retirer un service. Cette décision est prise en collaboration avec le conseiller médical du Yukon et est basée sur l'existence de preuves médicales que le service n'est pas médicalement nécessaire, qu'il est inefficace ou qu'il pourrait présenter un risque pour la santé des patients. Une fois la décision prise de désassurer un service, tous les médecins en sont avisés par écrit. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus. Aucun service n'a été retiré du Payment Schedule for Yukon en 2006-2007.
- Services hospitaliers : les alinéas 2e) et 2f) du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon* doivent être modifiés par décret. En date du 31 mars 2006, aucun service hospitalier aux malades hospitalisés ou externes prévu au *Règlement* n'a été désassuré. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère le processus en collaboration avec la Régie des hôpitaux du Yukon.
- Services de chirurgie dentaire : l'annexe B du *Règlement sur l'assurance-santé* doit être modifié par décret. Un service peut être désassuré s'il n'est plus jugé médicalement nécessaire ou si l'intervention n'a plus à être pratiquée dans un hôpital sous anesthésie générale. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

Les dispositions concernant l'admissibilité aux services de santé assurés sont énoncées à l'article 2 de la *Loi sur l'assurance-santé*, et à l'article 4 de son *Règlement*, ainsi qu'à l'article 2 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et à l'article 4 de son *Règlement*. Sous réserve des dispositions de ces lois et règlements, tous les résidents du Yukon sont admissibles aux services de santé assurés selon des modalités uniformes. La définition de « résident », soit « personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, qui est domiciliée et qui réside habituellement au Yukon, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite au Yukon », correspond à celle d'« habitant » de la *Loi canadienne sur la santé*. S'il y a lieu, l'admissibilité de toutes les personnes est gérée conformément à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité.

Aux termes du paragraphe 4(1) des deux *Règlements*, un assuré est admissible aux services assurés et y a droit après minuit, le dernier jour du second mois suivant son arrivée au Yukon.

En vertu des changements concernant l'admissibilité qui ont été apportés en 2004-2005, toutes les personnes qui retournent au Yukon ou y établissent leur résidence sont assujetties au délai de résidence, à l'exception des enfants adoptés par des assurés.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à la couverture du régime au Yukon :

- les personnes qui ont droit à des prestations dans leur province ou territoire d'origine (p. ex. les étudiants et les travailleurs couverts en vertu des dispositions concernant les absences temporaires);
- les visiteurs du territoire;
- les demandeurs du statut de réfugié;
- les membres des Forces canadiennes;
- les réfugiés au sens de la Convention;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC);
- les détenus des pénitenciers fédéraux;
- les détenteurs de permis d'étude, sauf s'il s'agit d'un enfant qui est une personne à charge d'un individu possédant un permis de travail d'un an;
- les personnes ayant un permis de travail valide pour moins d'un an.

Ces personnes peuvent devenir admissibles dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- elles fournissent une preuve de résidence dans le territoire;
- elles obtiennent le statut de résident permanent;
- le lendemain du jour où elles obtiennent leur congé ou leur libération si elles sont en poste dans le territoire ou y résident.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Aux termes de l'article 16 de la *Loi sur l'assurance-santé*, « Chaque résident, sauf les personnes à charge ou celles qui sont exemptées par les *Règlements*, est tenu de s'inscrire lui-même et d'inscrire les personnes à sa charge auprès du directeur selon les modalités – de forme et de temps – réglementaires. » L'inscription est gérée conformément à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité.

Les personnes qui s'installent avec leurs personnes à charge de moins de 19 ans dans le territoire ont intérêt à présenter une demande d'inscription au régime d'assurance-santé dès leur arrivée. Pour ce faire, elles doivent remplir une formule d'inscription disponible dans les bureaux des services de santé assurés et de santé auditive ou auprès des agents territoriaux de la communauté. Lorsqu'elles sont couvertes, une carte d'assurance-santé leur est délivrée.

Chaque membre de la famille reçoit une carte et un numéro distincts. Les cartes expirent chaque année, à la date d'anniversaire du résident. Une étiquette affichant la nouvelle date d'expiration est alors envoyée.

En date du 31 mars 2007, 32 936 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-santé du Yukon, et aucun n'avait signifié son intention de se retirer du régime en 2006-2007.

3.3 Autres catégories de personnes

Le régime d'assurance-santé du Yukon prévoit la couverture d'autres catégories de personnes, comme suit :

- **Canadiens de retour au pays** – une période d'attente s'applique;
- **résidents permanents** – une période d'attente s'applique;
- **détenteurs de permis ministériel** – une période d'attente s'applique, le cas échéant;
- **travailleurs étrangers** – une période d'attente s'applique, à condition de détenir une autorisation d'emploi;
- **membres du clergé** – une période d'attente s'applique, à condition de détenir une autorisation d'emploi.

Les autorisations d'emploi doivent être valables pour une période de plus de 12 mois.

Au cours de l'année 2006-2007, le nombre estimatif de nouveaux assurés au Yukon dans les catégories ci-dessous a été le suivant :

- **Canadiens de retour au pays** – 37;
- **résidents permanents** – 34;
- **détenteurs de permis ministériel** – 0;
- **réfugiés au sens de la Convention** – 0;
- **membres des Forces armées** – 3;
- **membres de la GRC** – 1.

Au cours de l'année 2006-2007, le nombre estimatif de nouveaux assurés au Yukon dans les catégories ci-dessous a été le suivant :

- **travailleurs étrangers** – 35;
- **membres du clergé** – 0.

3.4 Primes

Le paiement de primes par les résidents du Yukon a été aboli le 1er avril 1987.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Selon les paragraphes 4(1) du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* et du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon*, un bénéficiaire est admissible aux services assurés à compter de minuit, le dernier jour du deuxième mois suivant le mois de son arrivée au Yukon. Toutes les personnes admissibles sont assujetties au délai minimal de résidence, à l'exception des enfants adoptés à l'étranger par des assurés (voir la section 3.1).

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les articles 5, 6, 7 et 10 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* ainsi que l'article 6, les paragraphes 7(1) et 7(2) et l'article 9 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon* renferment les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé durant une absence temporaire au Canada.

Ces deux *Règlements* stipulent qu'un assuré qui s'absente du territoire mais a l'intention d'y revenir a droit aux services assurés pour une période de 12 mois d'absence continue. Les personnes qui quittent le territoire pour plus de trois mois devraient communiquer avec le régime d'assurance-santé du Yukon et remplir un formulaire d'absence temporaire, sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement situé à l'extérieur du territoire demeurent admissibles à l'assurance-santé pendant

la durée de leurs études. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive peut autoriser d'autres absences de plus de 12 mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite de l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et recevoir l'approbation du directeur.

En ce qui concerne les travailleurs temporaires et les missionnaires, le directeur des services de santé assurés et de santé auditive peut autoriser des absences de plus de 12 mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite par l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et recevoir l'approbation du directeur.

Les dispositions concernant la couverture durant des absences temporaires au Canada sont strictement conformes aux modalités de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité, en vigueur depuis le 1er février 2001. Les définitions des règlements, des politiques et des procédures sont uniformisées.

Aucune modification n'a été apportée à ces articles en 2006-2007.

Le Yukon adhère complètement aux ententes interprovinciales et interterritoriales sur la facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers, conclues avec les provinces et les autres territoires, à l'exception du Québec, qui ne participe pas aux ententes de facturation réciproque des services médicaux. Les personnes qui reçoivent des services médicaux (d'un médecin) au Québec peuvent devoir payer directement les honoraires et présenter une demande de remboursement au régime d'assurance-santé du Yukon.

Les ententes de facturation réciproque des services hospitaliers prévoient le paiement des services hospitaliers aux malades hospitalisés ou externes fournis ailleurs au Canada à des résidents admissibles du Yukon.

Les ententes de facturation réciproque des services médicaux prévoient le paiement des services médicaux assurés fournis ailleurs au Canada aux résidents admissibles. Le paiement est versé à la province ou au territoire qui a fourni le service, aux taux établis par cette administration.

Les services assurés fournis aux résidents du Yukon pendant une absence temporaire du territoire sont payés aux taux fixés par la province où les services ont été fournis. Pendant l'année financière 2006-2007, les montants suivants ont été versés à des hôpitaux à l'extérieur du territoire :

- **services aux malades hospitalisés** – 8 808 130 $;
- **services ambulatoires** – 2 168 964 $.

Ces chiffres sont pour la date où les services ont été fournis et peuvent être sujets à changement.

En 2006-2007, les montants versés à des médecins à l'extérieur du territoire ont atteint 2 139 805 $.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'étranger

Les articles 5, 6, 7, 9, 10 et 11 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* ainsi que l'article 6, les paragraphes 7(1) et 7(2) et l'article 9 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon* renferment les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé pendant des absences temporaires à l'étranger. Aucune modification n'a été apportée à ces articles en 2006-2007. En vertu des articles 5 et 6, un assuré qui est absent du territoire et qui a l'intention d'y revenir est admissible aux services assurés pendant une absence de 12 mois consécutifs.

Les personnes qui quittent le territoire pour une période de plus de trois mois devraient communiquer avec le régime d'assurance-santé du Yukon et remplir un formulaire d'absence temporaire, sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé durant des absences à l'étranger d'étudiants, de travailleurs temporaires et de missionnaires sont les mêmes que celles qui sont en vigueur pour les absences au Canada (voir la section 4.2).

Les services médicaux assurés fournis à l'étranger aux résidents admissibles du Yukon durant une absence temporaire à l'étranger sont remboursés aux taux prévus pour ces services lorsqu'ils sont fournis au Yukon. Le régime d'assurance-santé verse le paiement à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

Les services hospitaliers aux malades hospitalisés fournis à l'étranger aux résidents du Yukon admissibles sont payés aux taux établis pour l'Hôpital général de Whitehorse dans le *Règlement sur le taux normalisé pour un traitement en clinique*. Le taux normalisé à l'Hôpital général de Whitehorse était de 1 382 $ en date du 1er avril 2006. Ce taux, établi par décret, se calcule comme suit :

- Tarif de salle publique = (dépenses d'exploitation totales – coûts d'hospitalisation non liés – coûts connexes des naissances – coûts connexes des services de consultation externe) / (jours-patient totaux – jours-patient pour d'autres services; p. ex. non-Canadiens).

Les services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada aux malades externes admissibles du Yukon sont remboursés au taux établi par le *Règlement sur la facturation des soins dispensés en consultation externe*. Ce taux, qui est actuellement de 169 $, est établi par décret et a été fixé par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).

En 2006-2007, les montants suivants ont été versés pour des services d'urgence et des services non urgents offerts aux résidents du Yukon admissibles qui se trouvaient à l'étranger :

- **services aux malades hospitalisés** – 20 257 $;
- **services ambulatoires** – 7 101 $.

Ces chiffres sont pour la date où les services ont été fournis et peuvent être sujets à changement.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune disposition législative n'oblige les résidents admissibles à obtenir une autorisation avant de recevoir des services médicaux ou hospitaliers d'urgence ou non urgents à l'étranger.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le Régime d'assurance-santé du Yukon et le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon ne prévoient pas de frais modérateurs ni de coassurance. Tous les services sont offerts selon des modalités uniformes sans obstacle financier ou autre obstacle à l'accès.

L'accès aux services hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas offerts localement est fourni dans le cadre du programme de spécialistes itinérants, du programme de télésanté ou du programme d'assurance-déplacements. Ces programmes font en sorte que les services médicalement nécessaires sont reçus immédiatement ou dans un très court délai.

Aucun service assuré au titre du Régime d'assurance-santé du Yukon ne fait l'objet de surfacturation.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Aux termes de la *Loi sur les hôpitaux*, « l'assemblée législative et le gouvernement doivent veiller à ce que les établissements et les programmes hospitaliers nécessaires soient disponibles ». Le ministre doit approuver toute modification importante du niveau de prestation des services. Les lits de soins actifs sont rapidement disponibles et il n'existe aucune liste d'attente aux deux établissements de soins actifs.

En date du 31 mars 2007, les nombres estimatifs d'équivalents temps plein (ETP) chez les infirmières

et les professionnels de la santé des établissements offrant des services hospitaliers assurés au Yukon étaient les suivants :

Profession	Hôpital général de Whitehorse	Hôpital de Watson Lake
	Nbre d'ETP	Nbre d'ETP
Infirmières autorisées	74,75	7,50
Infirmières auxiliaires	8,00	0
Infirmières praticiennes	0	0
Travailleurs sociaux	1,00	0
Pharmaciens	2,27	0
Physiothérapeutes	4,55	9,00
Ergothérapeutes	1,40	0
Psychologues	0	0
Laboratoire médical/radiologie	28,79	0
Diététistes	4,50	0
Santé publique	0	2,00
Soins à domicile	0	1,00

L'Hôpital général de Whitehorse et les services infirmiers communautaires gèrent, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales, l'effectif des infirmières et des professionnels de la santé dans les deux hôpitaux du territoire. Les pénuries de main-d'œuvre sont comblées par des travailleurs temporaires, occasionnels ou auxiliaires pour que les résidents aient un accès continu aux services assurés.

Recrutement et maintien en poste

Voici certaines initiatives de recrutement et de maintien en poste :

Soins infirmiers communautaires

Un comité consultatif du Yukon sur les soins infirmiers a été mis sur pied pour informer le ministère de la Santé et des Affaires sociales des enjeux associés aux soins infirmiers. Les recommandations formulées par le comité aideront le Yukon à recruter et à maintenir en poste des infirmières, à court et à long terme. Le Yukon offre :

- des salaires concurrentiels;
- des primes au recrutement et de maintien en poste;
- une participation à des salons de l'emploi;
  - des possibilités de formation et d'éducation;
  - des primes de déplacement de 2 000 $ après une année;
  - des postes de relève.

Hôpital général de Whitehorse :

- des salaires concurrentiels;
- une échelle salariale qui tient compte de l'expérience;
- des horaires de travail coopératif;
- un centre d'entraînement sur place ouvert en tout temps;
- des séances mensuelles de perfectionnement clinique;
- de la formation et du perfectionnement continus;
- des primes de déplacement de 2 000 $ après une année.

Établissements

Hôpital général de Whitehorse

Comme il s'agit du seul hôpital important de soins actifs du territoire, l'établissement offre des services d'urgence 24 heures sur 24 ainsi que des services aux malades hospitalisés et aux malades externes. Des médecins locaux assurent à tour de rôle les services d'urgence.

Les patients qui doivent être opérés d'urgence à l'Hôpital général de Whitehorse le sont habituellement dans les 24 heures. Ceux qui doivent subir une opération non urgente attendent généralement de une à deux semaines. Le nombre de consultations de spécialistes itinérants est régulièrement modifié

en fonction des temps d'attente, particulièrement en orthopédie, en otorhinolaryngologie et en ophtalmologie (voir la section 5.3).

Services chirurgicaux fournis :

- interventions mineures en orthopédie;
- certaines interventions majeures en orthopédie;
- gynécologie/obstétrique;
- pédiatrie;
- chirurgie générale abdominale;
- mastectomie;
- traumatologie d'urgence;
- otorhinolaryngologie;
- ophtalmologie, y compris chirurgies de la cataracte.

Services de diagnostic :

- radiologie (y compris échographie, tomodensitométrie, radiographie et mammographie);
- analyses de laboratoire;
- électrocardiogrammes;
- épreuves de stress cardiaque.

Certains services de réadaptation sont fournis dans le cadre des soins ambulatoires.

Hôpital de Watson Lake

Cet établissement de soins actifs est situé à Watson Lake. Des services médicaux y sont fournis en traumatologie d'urgence, maternité (faible risque), médecine, pédiatrie, soins palliatifs et soins de relève. Les services de diagnostic comprennent la radiologie, les analyses de laboratoire et les électrocardiogrammes. L'établissement compte 12 lits, et il n'y a pas de liste d'attente pour y être admis.

Centres de santé

Les services d'urgence 24 heures sur 24 et les services aux malades externes sont fournis dans les 13 centres de santé communautaire par des infirmières communautaires et du personnel infirmier auxiliaire.

Les patients qui ont besoin d'un service hospitalier assuré qui n'est pas offert localement sont envoyés dans des établissements de soins actifs, au Yukon ou à l'extérieur du territoire, par l'intermédiaire du programme d'assurance-déplacements.

Mesures d'amélioration de l'accès

Certaines mesures visant à améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés ont été prises. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales continue de collaborer avec la Régie des hôpitaux du Yukon et les responsables des soins infirmiers communautaires pour diminuer ou ne pas augmenter les temps d'attente pour ces services dans le territoire. Par exemple :

- Tous les centres de santé ruraux du Yukon ont accès à des défibrillateurs cardiaques. Les infirmières praticiennes communautaires ont donc accès à un outil précieux, qui leur permet d'améliorer l'accès local à des soins cardiaques.
- Le Ministère est présent aux salons de recrutement de personnel infirmier tenus dans les diverses régions du pays et il fournit aux infirmières présentes de l'information sur le travail dans le territoire.
- Le comité d'évaluation technique continue de formuler des recommandations à l'intention du Ministère concernant les services et les programmes de santé au Yukon, au besoin. Il a comme mandat d'établir les modalités de la mise sur pied, de l'élimination, de l'expansion ou de la réduction des programmes ou des services.
- La télésanté fournit à toutes les collectivités du Yukon un accès par vidéo en temps réel, ce qui assure aux régions rurales périphériques un accès à Whitehorse. De plus, Whitehorse et les communautés rurales peuvent avoir accès à des services offerts par des centres situés en Colombie-Britannique ou en Alberta.
- Des séances éducatives de télésanté continuent d'avoir lieu fréquemment entre Whitehorse et les régions rurales du Yukon, de même qu'entre

Whitehorse et la Colombie-Britannique. Des patients, des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des psychiatres, des conseillers en santé mentale et des professionnels paramédicaux, comme des représentants en santé communautaire et des « travailleurs pour le mieux-être » des Premières nations, y assistent.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Les lois en vigueur et l'administration des services prévoient que tous les résidents admissibles du Yukon ont un même accès aux services dentaires et médicaux assurés, selon des modalités uniformes.

En date du 31 mars 2007 (voir le point 14 du tableau statistique), les dentistes, les spécialistes et les médecins résidents du territoire qui offraient des services au Yukon étaient les suivants :

- **généralistes/médecins de famille** – 57;
- **spécialistes** – 9;
- **dentistes** – 2.

Un programme d'assurance-déplacements s'ajoute à la répartition habituelle des médecins et des spécialistes dans le territoire pour offrir un accès uniforme aux services médicaux et dentaires assurés. Ce programme couvre les coûts du transport médicalement requis, permettant ainsi aux personnes admissibles d'avoir accès à des services non offerts dans leur collectivité. Des personnes admissibles sont couramment envoyées à Whitehorse, à Vancouver, à Edmonton ou à Calgary pour y recevoir des services.

La plupart des médecins du Yukon se trouvent à Whitehorse. À l'extérieur de Whitehorse, seules deux collectivités rurales ont des médecins résidents rémunérés à l'acte : Dawson City et Watson Lake. Un autre médecin contractuel sert les résidents de Mayo.

Le programme de médecins itinérants offre l'accès local à des services médicaux assurés dans dix collectivités rurales et éloignées. La fréquence des consultations itinérantes est fonction de la demande et de l'utilisation. Les médecins qui offrent des services itinérants par l'entremise de ce programme sont indemnisés, en vertu d'un contrat, pour le temps de déplacement, le kilométrage, les repas et l'hébergement, en plus d'être rémunérés à la vacation ou à l'acte.

De plus, le ministère de la Santé et des Affaires sociales, de même que le programme de médecins spécialistes itinérants, permet d'offrir à l'Hôpital général de Whitehorse, aux Services de santé mentale ou à l'Unité des maladies transmissibles du Yukon des services de spécialistes itinérants de l'extérieur du Yukon, services qui ne sont habituellement pas offerts dans le territoire. Les spécialistes itinérants voient leurs dépenses remboursées et sont de plus rémunérés à la vacation ou à l'acte.

Le nombre de spécialistes qui fournissent des services relevant du programme de médecins spécialistes itinérants ou du ministère de la Santé et des Affaires sociales est le suivant :

- **ophtalmologie** – 2;
- **oncologie** – 3;
- **médecine interne** – 2;
- **otorhinolaryngologie** – 1;
- **neurologie** – 2;
- **rhumatologie** – 1;
- **dermatologie** – 1;
- **chirurgie dentaire** – 3;
- **maladies infectieuses** – 1;
- **psychiatrie** – 3;
- **orthopédie** – 4;
- **cardiologie** – 3.

Les consultations des spécialistes itinérants, à l'Hôpital général de Whitehorse, se tiennent de une à huit fois par année, selon la demande de service et la disponibilité des spécialistes. En date du 31 mars 2007, les périodes d'attente pour des services spécialisés non urgents étaient estimées comme suit :

- **ophtalmologie** – de 12 à 18 mois;
- **orthopédie** – de 2 à 24 mois;
- **otorhinolaryngologie** – de 1 à 3 mois;
- **rhumatologie** – de 3 à 5 mois;
- **chirurgie dentaire** – de 2 à 6 mois.

Les cliniques des spécialistes itinérants de la clinique satellite se tiennent de une à douze fois par année, selon la demande et la disponibilité des spécialistes. En date du 31 mars 2007, les périodes d'attente pour des services spécialisés non urgents étaient estimées comme suit :

- **neurologie** – de 1 à 4 mois;
- **gastroentérologie** - de 1 à 6 mois;
- **médecine interne** – de 1 à 2 mois.

Les services de chirurgie dentaire ne sont pas fournis dans le cadre du programme de médecins spécialistes itinérants administré par l'Hôpital général de Whitehorse. Il n'y a pas de liste d'attente pour les services itinérants non énumérés ci-dessus. Les patients sont vus à la prochaine visite prévue.

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales a pris des mesures de réduction des temps d'attente pour les services médicaux assurés. Différentes initiatives de recrutement et de maintien en poste ont été amorcées en 2001-2002 et en 2002-2003, notamment le Programme de soutien aux médecins résidents, le Programme de soutien aux médecins suppléants, le Fonds pour le déménagement des médecins, le Programme de soutien à l'éducation et le Fonds pour la formation en région rurale. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales continue à collaborer avec l'Association médicale du Yukon pour créer des initiatives de coopération supplémentaires, initiatives qui seront mises en œuvre dans le cadre du protocole d'entente renouvelé en avril 2004.

D'autres mesures d'accès et de réduction des temps d'attente ont été prises en 2006-2007 :

> Le Yukon a déclaré avoir un besoin qui l'autorise à délivrer aux diplômés en médecine de l'étranger une licence spéciale pour qu'ils puissent exercer au Yukon. Ces médecins travailleront sous la supervision d'un médecin résident du territoire et fourniront des services médicaux aux habitants de Whitehorse.

Le gouvernement du Yukon a élaboré une stratégie en matière de ressources humaines en 2006; une des composantes clés de cette stratégie est le Family Physician Incentive Program for New Graduates (programme incitatif pour nouveaux diplômés en médecine de famille). Ce programme offre aux médecins de famille nouvellement diplômés qui satisfont aux exigences d'admissibilité une aide financière en échange d'années de service au Yukon. Également dans le cadre de cette stratégie, le Yukon a créé une bourse pour aider des étudiants des programmes de médecine et d'autres professions de la santé dans des établissements postsecondaires.

Les médecins ont dit vouloir examiner d'autres modèles de prestation de soins de santé. Le gouvernement collabore avec les médecins du Yukon pour faciliter ce processus.

5.4 Rémunération des médecins

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales obtient son mandat du gouvernement du Yukon avant de négocier avec l'Association médicale du Yukon (AMY). L'AMY et le gouvernement nomment chacun des membres de l'équipe de négociation. Ces derniers se réunissent jusqu'à ce qu'ils en arrivent à un accord. L'équipe de négociation de l'AMY demande alors aux membres de l'association d'approuver le projet d'entente. Pour sa part, le ministère de la Santé et des Affaires sociales demande au gouvernement du Yukon de

ratifier l'entente. L'entente finale est signée avec l'assentiment des deux parties.

Le dernier protocole d'entente quadriennal est entré en vigueur le 1er avril 2004 et le demeurera jusqu'au 31 mars 2008. Ce protocole d'entente fixe les modalités de rémunération des médecins et établit deux nouveaux programmes : le programme pour les nouveaux patients et le programme de maintien en poste des médecins.

La *Loi sur l'assurance-santé* et le *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* régissent le paiement des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés. Aucune modification n'a été apportée aux articles concernant ce paiement en 2006-2007.

La majeure partie des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés fournis aux résidents est remboursée selon le mode de la rémunération à l'acte. En 2006-2007, un médecin résident de médecine rurale à temps plein et quatre spécialistes résidents étaient rémunérés sur une base contractuelle. Un médecin qui offrait des consultations dans une région périphérique était payé à la vacation.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le gouvernement du Yukon finance la Régie des hôpitaux du Yukon (l'Hôpital général de Whitehorse) par l'entremise d'accords de contribution globaux conclus avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Les niveaux de financement globaux des frais de fonctionnement et d'entretien et des immobilisations font l'objet de négociations, et sont établis en fonction des exigences opérationnelles et des projections de l'utilisation fondées sur les années antérieures. En plus du financement des frais de fonctionnement et d'entretien et des immobilisations prévu par l'accord, les hôpitaux peuvent présenter des demandes de financement supplémentaire pour mettre en œuvre des programmes nouveaux ou améliorés.

Seul l'Hôpital général de Whitehorse reçoit directement des fonds dans le cadre d'un accord de contribution. L'hôpital pavillonnaire de Watson Lake et tous les centres de santé sont financés à partir du budget du gouvernement du Yukon.

La *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon* régissent les paiements versés par le régime d'assurance-santé aux établissements qui offrent des services hospitaliers assurés. Ces textes établissent le cadre régissant le versement de paiements à l'égard des services assurés fournis par ces hôpitaux aux assurés. Aucune modification n'a été apportée aux articles concernant ces paiements en 2006-2007.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement du Yukon a tenu compte des contributions fédérales versées dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé dans son Budget annuel des dépenses pour 2006-2007 et dans ses comptes publics, accessibles au public. Les alinéas 3(1) d) et e) de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 3 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* reconnaissent la contribution du gouvernement du Canada.

7.0 Services complémentaires de santé

7.1 Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Des services de soins de santé prolongés sont offerts aux résidents admissibles du Yukon. En 2006-2007, trois établissements offraient un ou plusieurs des services suivants :

- soins personnels;
- soins complémentaires;
- soins intermédiaires;
- soins spéciaux;
- soins complexes;
- soins de relève;
- programme de jour;
- popote roulante.

Au total, on comptait 138 lits de soins continus dans le territoire en 2006-2007.

Services de soins à domicile

Le programme de soins à domicile du Yukon offre des services d'évaluation et de traitement, de gestion des soins, de soutien personnel, d'entretien ménager, d'aide sociale, de relève et de soins palliatifs. À Whitehorse, les services sont fournis par des travailleurs de maintien à domicile, des infirmières, des travailleurs sociaux et des thérapeutes. Certaines collectivités rurales comptent sur une infirmière affectée en propre aux soins à domicile, mais, dans la majorité des collectivités rurales, les soins infirmiers sont fournis dans le cadre du programme de soins infirmiers communautaires. Des travailleurs de maintien à domicile offrent des soins personnels, des services d'entretien ménager et des services de relève. Les services de thérapie sont fournis par une équipe régionale itinérante composée de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes. Les services sont disponibles du lundi au vendredi. À Whitehorse, d'autres services, comme un soutien planifié pendant la fin de semaine ou en soirée, peuvent être offerts. Des soins de 24 h ne sont pas disponibles.

Il n'y a pas d'exigences établies par la loi en ce qui concerne les services de soins à domicile au Yukon.

Aucun autre changement important n'a été apporté à l'administration de ces services en 2006-2007.

7.3 Services de soins de santé ambulatoires

Le programme de soins à domicile du Yukon fournit la majorité des services de soins de santé ambulatoires à l'extérieur des établissements. La plupart des autres services sont fournis par des services infirmiers communautaires ou des services de santé publique. Les résidents ont tous le même accès à ces services, qui ne sont pas prévus dans la législation.

Certains changements ont été apportés à la gestion de ces services en 2005-2006. Dans le cadre du programme d'assurance-déplacements, des majorations ont été approuvées à la composante subside et au kilométrage remboursé. Les personnes admissibles ont maintenant droit à 75 $ par jour à compter du deuxième jour de déplacement pour des raisons médicales. Le taux de remboursement pour les personnes qui voyagent en voiture est passé à 0,30 $ au kilomètre. En plus des services dont la liste figure plus haut, les résidents du Yukon ont aussi accès aux programmes et aux services suivants, qui ne sont pas prescrits dans la *Loi canadienne sur la santé* :

- Programme de prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou d'une affection chronique – Verse des prestations aux résidents du Yukon admissibles atteints d'une maladie chronique particulière ou d'un grave handicap fonctionnel.

Couvre des médicaments d'ordonnance et les fournitures et pièces d'équipement médicochirurgicales nécessaires (*Règlement sur les prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou d'une affection chronique*).

- Programme d'assurance-médicaments et Programme de prestations complémentaires – Aident les aînés inscrits à assumer le coût des médicaments d'ordonnance, des soins dentaires, des soins de la vue, des services de santé auditive et des fournitures et pièces d'équipement médicochirurgicales (*Règlement sur le régime d'assurance-médicaments* et *Règlement sur les prestations complémentaires du régime d'assurance-santé*).
- Programme d'assurance-déplacements – Couvre, pour les résidents admissibles du Yukon, le coût du transport urgent ou non urgent médicalement nécessaire par voie aérienne ou terrestre pour recevoir des services qui ne sont pas offerts à l'échelle locale (*Loi sur les frais de déplacement liés à des soins médicaux* et *Règlement* du même nom).
- Programme d'assurance-médicaments et de soins de la vue pour les enfants – Aide les familles à faible revenu à assumer le coût des médicaments d'ordonnance, des examens de la vue et des lunettes d'ordonnance pour les personnes de 18 ans et moins (*Règlement sur les prestations pour les soins de la vue et les médicaments prescrits aux enfants*).
- Services de santé mentale – Offrent des services d'évaluation, de diagnostic, de traitement individuel et en groupe, de consultation et d'aiguillage aux personnes aux prises avec une variété de problèmes de santé mentale (*Loi sur la santé mentale* et *Règlement* du même nom).
- Santé publique – Fait la promotion de la santé et du bien-être partout sur le territoire au moyen de divers programmes de prévention et d'éducation. Ce programme n'est pas imposé par la loi.
- Programme de services ambulanciers – Assure la stabilisation des urgences et le transport des personnes malades ou blessées du lieu de l'accident à l'établissement de santé le plus près en mesure de dispenser les soins du niveau requis. Ce programme n'est pas imposé par la loi.
- Services de santé auditive – Offrent aux personnes de tous âges souffrant d'une variété de troubles de l'ouïe des services d'évaluation systématique et de diagnostic. Mènent des activités de sensibilisation du public. Ce programme n'est pas imposé par la loi.
- Programme de soins dentaires – Fournit des soins dentaires complets (diagnostic, prévention et restauration) aux enfants du niveau préscolaire à la 8^{e} année, à Whitehorse et à Dawson City. Les soins s'étendent jusqu'à la 12^{e} année (fin du secondaire) dans toutes les autres collectivités du Yukon. Ce programme n'est pas imposé par la loi.

Personnes inscrites					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	30 534	30 917	31 505	32 226	32 936

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	2	2	2	2	2
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. autres [2]	13	13	13	13	13
e. total	15	15	15	15	15
3. Paiement des services de santé assurés ($) : [3]					
a. soins actifs	22 515 448	24 877 479	26 255 596	29 150 174 [4]	33 739 214
b. soins chroniques	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. soins de réadaptation	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
d. autres [2]	6 133 453	6 318 565	6 509 897	6 862 368	7 718 344
e. total	28 648 901	31 196 044	32 765 493	33 729 869 [4]	41 457 558
Établissements privés à but lucratif	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	666	783	674	714	738
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	5 861 530	7 587 906	5 857 725	8 698 387	8 808 130
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	7 241	6 938	7 412	8 450	8 735
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	1 037 692	936 376	1 306 531	1 735 520	2 168 964
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	9	8	14	15	11
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	9 339	13 536	30 566	43 454	20 257
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	26	46	64	55	42
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	2 451	5 994	9 965	8 372	7 101

2. Comprend 13 centres de santé.
3. Les sommes comprennent les paiements pour les dépenses d'exploitation et d'entretien et pour les dépenses d'établissement.
4. Les données ont été rectifiées puisque l'établissement Watson Lake Hospital avait été exclu par inadvertance de la présentation de 2005-2006.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire [5]	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
14. Nombre de médecins participants (#) : [6]					
a. omnipraticiens	53	55	54	55	57
b. spécialistes	6	8	8	9	9
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	59	63	62	64	66
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :	0	0	0	0	0
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total					
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :	0	0	0	0	0
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total					
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :	232 624	235 642	238 797	248 646	254 170
a. nombre de services (#)	10 625 211	11 769 018	12 892 522	13 752 251	13 788 028
b. paiements totaux ($)					
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :	197 519	200 462	219 031	225 815	245 069
a. nombre de services (#)	7 711 835	8 321 114	9 201 579	9 847 991	11 076 701
b. paiements totaux ($)					
Spécialistes itinérants, médecins suppléants et remboursements aux membres [7]					
a. nombre de services (#)	34 726	27 274	13 035	17 127	32 272
b. paiements totaux ($)	1 980 657	1 840 478	1 495 701	1 886 289	2 323 060

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
19. Nombre de services (#)	34 853	34 037	35 401	35 781	39 669
20. Paiements totaux ($)	1 799 019	1 833 654	1 921 260	1 873 508	2 139 805
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
22. Paiements totaux ($)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire [8]	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
23. Nombre de dentistes participants (#)	8	6	6	6	2
24. Nombre de services fournis (#)	150	104	30	24	n.d. [9]
25. Paiements totaux ($)	37 342	25 093	29 712	25 072	n.d. [9]

5. Comprend les paiements aux médecins de garde.
6. Regroupe seulement les médecins de famille et les spécialistes qui résident dans le territoire.
7. Comprend les spécialistes itinérants, les remboursements aux membres, les médecins suppléants et les tests offerts par les optométristes rémunérés à l'acte. Exclut les services et les coûts assurés par d'autres ententes de paiement.
8. Comprend la facturation directe des services de chirurgie dentaire obtenus à l'extérieur du territoire.
9. Le nouveau système d'information a été mis en place en 2006-2007. On travaille à la résolution de certains problèmes liés à la conversion des données. L'information sur les services dentaires sera reportée une fois de plus à l'an prochain.

Territoires du Nord-Ouest

Introduction

De concert avec sept autorités régionales de la santé et des services sociaux (ARSSS) et l'Agence de services communautaires Tlicho, le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) (ci-après le Ministère) planifie, gère et offre une vaste gamme de services de soins de santé et de services sociaux disponibles en milieu communautaire et dans des établissements. Les programmes de santé communautaire comprennent des cliniques sans rendez-vous, des cliniques de santé publique, des soins à domicile, des programmes de santé en milieu scolaire et des programmes d'éducation. Des médecins et certains spécialistes se rendent régulièrement dans les collectivités qui n'ont pas de médecin résident. Les services offerts comprennent également l'intervention précoce, le soutien aux familles et aux enfants, les services de santé mentale et le traitement des toxicomanies.

En date du 1er avril 2007, les Territoires du Nord-Ouest comptaient plus de 40 000 habitants, dont la moitié était des Autochtones. La population des T.N.-O. demeure relativement jeune, et le taux de natalité y est élevé. Selon les prévisions démographiques de 2006, environ 25 p. 100 de la population des T.N.-O. était âgée de moins de 15 ans, comparativement à 17 p. 100 pour la population canadienne dans son ensemble[1].

Pendant la période visée, le Ministère a lancé plusieurs importantes initiatives, dont les suivantes :

- L'application de la *Loi réglementant les produits du tabac*. Cette loi interdit de fumer dans tous les lieux publics et réglemente la vente et l'étalage du tabac dans les T. N.-O. Les pharmacies, les établissements récréatifs et les distributrices ne vendent plus de produits du tabac. Les détaillants ne sont plus autorisés à étaler des produits du tabac et doivent afficher des informations sur les risques du tabac pour la santé.
- L'adoption de la nouvelle *Loi sur la pharmacie* en novembre 2006. Cette loi comporte un certain nombre de différences avec l'ancienne *Loi sur la pharmacie*, de manière à garantir au public la prestation de services et de soins pharmaceutiques de qualité. La nouvelle loi reconnaît les professionnels de la santé et les tableaux de médicaments de l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie, autorise les pharmaciens à accepter les prescriptions télécopiées et prévoit des mesures de discipline, comme un mode alternatif de règlement des différends.

Le Ministère a un site Web bilingue (anglais et français) (www.hlthss.gov.nt.ca) grâce auquel le public a accès à une gamme complète de renseignements, y compris des copies électroniques des rapports publiés par le Ministère.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Le régime de soins de santé des T.N.-O. comprend le régime d'assurance-maladie et le régime d'assurance-hospitalisation. L'administration du régime d'assurance-maladie relève du directeur de l'assu-

1. Statistique Canada.

rance médicale, lequel est nommé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le ministre gère le régime d'assurance-hospitalisation par l'entremise de conseils d'administration établis en vertu de l'article 10 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*.

Le programme d'assurance pour les soins médicaux des Territoires du Nord-Ouest est assujetti aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*.

1.2 Liens hiérarchiques

De concert avec sept ARSSS et l'Agence de services communautaires Tlicho, le Ministère planifie, gère et offre une gamme complète de services de soins de santé et de services sociaux disponibles en milieu communautaire et dans des établissements.

Dans les T.N.-O., le ministre de la Santé et des Services sociaux nomme un directeur de l'assurance-maladie, qui est responsable de la gestion de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de ses *Règlements d'application*. Le directeur présente un rapport au ministre relativement au fonctionnement du régime d'assurance-maladie.

Le ministre désigne également les membres d'un conseil d'administration pour chaque ARSSS des T.N.-O. Les conseils d'administration donnent aux résidents des T.N.-O. la possibilité de façonner les priorités et de définir la prestation des services pour leur communauté. Ils sont dotés du pouvoir de gérer et de surveiller les établissements de santé et de services et de veiller à leur fonctionnement. Les présidents des conseils d'administration siègent indéfiniment, tandis que les autres membres sont nommés pour un mandat de trois ans. Les autorités de la communauté Tlicho nomment des membres au conseil d'administration Tlicho pour un maximum de quatre ans.

Les comptes de chaque conseil d'administration sont vérifiés annuellement. Le ministre rencontre régulièrement les présidents des conseils d'administration, qui profitent de cette occasion pour communiquer des renseignements non financiers.

1.3 Vérification des comptes

Le régime d'assurance-hospitalisation et le régime d'assurance-maladie sont gérés par le Ministère. Le Bureau du vérificateur général du Canada (BVGC) vérifie les paiements effectués en vertu de chaque régime, dans le cadre de la vérification annuelle du gouvernement des T.N.-O.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont offerts en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et de ses *Règlements d'application*.

Au cours de l'exercice 2006-2007, quatre hôpitaux et 28 centres de santé fournissaient des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes.

Les Territoires du Nord-Ouest offrent une protection pour une gamme complète de services hospitaliers assurés. Ils offrent aux patients hospitalisés les services assurés suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles de travail et des installations d'anesthésie; l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où

ils existent; les services de psychiatrie et de psychologie offerts dans le cadre d'un programme agréé; les services offerts par des personnes rémunérées par l'hôpital; les services fournis par un centre de désintoxication agréé.

Les T.N.-O. fournissent aussi les services externes suivants : les analyses en laboratoire et les radiographies, y compris l'interprétation de ces examens, lorsqu'elles sont requises par un médecin et effectuées dans un centre de consultation externe ou dans un hôpital agréé; les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales bénignes; les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie offerts dans un hôpital agréé; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme offert dans un hôpital agréé.

Le *Règlement sur les services d'assurance-hospitalisation* contient une liste détaillée des services assurés offerts aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe. L'article 1 de ce règlement définit les « services assurés aux patients externes » comme les services et les fournitures suivants, qui sont offerts aux patients externes : les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires pour aider à établir un diagnostic et un traitement pour toute blessure, maladie ou incapacité, à l'exclusion de procédés simples comme les examens hématologiques et les analyses d'urine, qui font habituellement partie des examens courants des médecins; les services infirmiers nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes, tels qu'ils sont inscrits à l'annexe B, lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital; l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie, y compris l'équipement et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; les services offerts par des personnes qui sont rémunérées par un hôpital pour la prestation de ces services; les services de radiothérapie offerts dans des établissements assurés; les services de physiothérapie offerts dans des établissements assurés.

Le ministre peut ajouter, modifier ou supprimer des services hospitaliers assurés. Il est également du ressort du ministre de décider s'il y a lieu de recourir à une consultation publique avant de modifier la liste des services assurés.

Pour ce qui est des services médicalement nécessaires qui ne sont pas disponibles dans les Territoires du Nord-Ouest, les résidents les reçoivent dans des hôpitaux ou des cliniques d'autres provinces ou territoires. Les T.N.-O. offrent une aide pour le déplacement à des fins médicales (prévu dans la politique de déplacement à des fins médicales), qui assure aux résidents des T.N.-O. l'accès aux services médicalement nécessaires. Le Ministère administre également plusieurs programmes de prestations sanitaires supplémentaires.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur l'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest* et son *Règlement d'application* prévoient la prestation de services médicaux assurés.

Les médecins, les infirmières, les infirmières praticiennes et les sages-femmes sont autorisés à fournir des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-maladie. Les médecins et les infirmières praticiennes doivent avoir obtenu l'autorisation de pratiquer dans les T.N.-O. Les sages-femmes et les infirmières doivent répondre aux exigences d'admission à la profession énoncées respectivement dans la *Loi sur la profession de sage-femme* et la *Loi sur la profession infirmière*. En date du 31 mars 2007, 253 permis avaient été délivrés, principalement à des remplaçants.

Un médecin peut se retirer du régime et se faire payer autrement que par le régime d'assurance-maladie à condition d'en aviser par écrit le directeur de l'assurance-maladie. En mars 2007, aucun médecin n'exerçait en dehors du régime d'assurance-maladie.

Les Territoires du Nord-Ouest offrent une vaste gamme de services médicaux nécessaires. On y fournit, sans restriction, tout service considéré

comme assuré. Tous les actes médicalement nécessaires effectués par les médecins sont assurés en vertu du régime d'assurance-maladie, y compris les services suivants : les services de diagnostic et les services thérapeutiques approuvés; les services chirurgicaux médicalement nécessaires; les soins obstétriques complets; les examens des yeux effectués par un ophtalmologiste; les consultations chez un spécialiste si le patient a été adressé par un omnipraticien reconnu.

Il incombe au directeur de l'assurance-maladie de préparer et de recommander au ministre un tarif détaillant les honoraires payables au titre des services assurés. Toutefois, il revient au ministre de décider d'ajouter ou de supprimer des services hospitaliers au *Règlement*, comme suit :

- établir un régime d'assurance-maladie qui offre des services assurés aux personnes assurées, par l'entremise de médecins qui respecteront les exigences de la *Loi canadienne sur la santé* et permettront aux T.N.-O. de recevoir des contributions en espèces du gouvernement fédéral;
- fixer les taux d'honoraires et les frais qui peuvent être payés pour les services assurés rendus par des médecins à l'intérieur ou à l'extérieur des T.N.-O. et les conditions auxquelles les honoraires et les frais sont payables.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services assurés et les services associés à la chirurgie buccale et maxillo-faciale ou à une intervention consécutive à une blessure à la mâchoire ou à une maladie de la bouche ou de la mâchoire sont admissibles. Seuls les chirurgiens stomatologistes autorisés peuvent présenter des demandes de paiement. Les T.N.-O. utilisent comme guide le barème de la province de l'Alberta pour les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Voici les services fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie des T.N.-O. : les services médico-légaux; les examens effectués par des tiers; les services non médicalement nécessaires; les vaccinations de groupe; la fécondation in vitro; les services offerts par un médecin aux membres de sa famille; les consultations téléphoniques ou les ordonnances fournies par téléphone; la chirurgie esthétique, sauf si elle est médicalement nécessaire; les services dentaires autres que les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale nommément désignés; les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et les préparations connexes, lorsque l'acte est réalisé au cabinet du médecin; les lunettes et les appareils spéciaux; les plâtres, les appareils chirurgicaux ou les bandages spéciaux; les traitements fournis au cours des services de chiropratique, de podologie, de naturopathie, d'ostéopathie ou de toute autre intervention pratiquée habituellement par des personnes qui ne sont pas médecins, comme il est défini dans la *Loi sur l'assurance-maladie* et son *Règlement d'application*; les services de physiothérapie et de psychologie qui n'ont pas été donnés dans un établissement de consultation externe assuré; les services assurés en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* ou de toute autre loi fédérale ou territoriale; les examens de santé annuels courants, lorsqu'il n'y a pas de diagnostic définissable.

Dans les T.N.-O., les demandes d'approbation préalable doivent être présentées au directeur des services assurés pour la fourniture de biens ou de services médicaux non assurés en même temps que pour la prestation d'un service de santé assuré. Un conseiller médical fournit au directeur des recommandations concernant la pertinence de la demande.

La *Loi sur l'assurance-maladie* des T.N.-O. comprend le *Règlement sur les soins médicaux* et prévoit le pouvoir

de négocier des modifications ou des suppressions au barème d'honoraires. Le processus est décrit à la partie 2.2 du présent rapport.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit l'admissibilité des résidents des T.N.-O. au régime d'assurance-maladie des T.N.-O.

Pour définir l'admissibilité, on a recours à l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité ainsi qu'aux directives ayant trait à l'inscription au régime d'assurance-maladie des T.N.-O. Aucune modification en matière d'admissibilité n'a été apportée pour la période couverte par le rapport.

Le régime d'assurance-maladie des T.N.-O. exclut les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada, les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier du gouvernement fédéral et les résidents dont la période d'attente minimale n'est pas terminée. Dans le cas des personnes qui ont quitté les Forces armées canadiennes ou la GRC ou qui ont terminé leur peine dans un pénitencier fédéral, ou des citoyens canadiens qui reviennent dans les T.N.-O. après avoir vécu ailleurs au Canada, l'admissibilité au régime entre en vigueur le jour où la résidence permanente est établie.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour s'inscrire au régime, les personnes doivent remplir un formulaire de demande et fournir les documents justificatifs pertinents (notamment, visas et documents d'immigration). Les demandeurs doivent être en mesure de fournir, sur demande, une preuve de résidence. L'inscription devrait avoir lieu avant la date d'admissibilité réelle du résident.

Les cartes d'assurance-maladie des T.N.-O. sont valides pour une période de cinq ans. L'inscription est directement associée à l'admissibilité au régime. Seules les demandes de remboursement présentées par les résidents inscrits sont acceptées.

En mars 2007, 45 551 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-maladie des T.N.-O.

Le régime d'assurance-maladie ne prévoit aucune possibilité de retrait officielle pour les patients.

3.3 Autres catégories de personnes

Les titulaires d'un visa d'emploi, d'un visa d'étudiant et, dans certains cas, d'un visa de visiteur sont couverts par le régime s'ils satisfont aux dispositions de l'entente d'admissibilité et de transférabilité et aux lignes directrices relatives à la couverture du régime de soins de santé.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes assurées qui déménagent dans les T.N.-O. sont assujetties à des périodes d'attente, conformément à l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. En général, les résidents qui s'installent de façon permanente dans les T.N.-O. ne sont pas assurés avant le premier jour du troisième mois; ceux qui viennent y travailler pour moins de 12 mois, mais peuvent confirmer que la période d'emploi a été prolongée au-delà de 12 mois, ne sont pas assurés avant le premier jour du treizième mois.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

L'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité et les directives d'inscription au régime d'assurance-maladie des T.N.-O. définissent

les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant des absences temporaires à l'intérieur du Canada.

Les étudiants qui s'absentent temporairement des T.N.-O. sont couverts pendant qu'ils fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement postsecondaire. Les personnes qui, pour diverses raisons (travail, vacances, etc.), s'absentent temporairement des T.N.-O. demeurent assurées pendant un maximum d'une année. Lorsqu'une personne a rempli un formulaire d'absence temporaire des T.N.-O. et que le Ministère a approuvé sa demande, les frais des services assurés reçus au cours d'une année dans d'autres provinces ou territoires sont entièrement payés.

Sur présentation d'une carte d'assurance-maladie des T.-N.-O. valide, la plupart des visites chez le médecin et des soins hospitaliers pour des services médicalement nécessaires seront facturés directement au Ministère. Des lignes directrices générales sur le remboursement sont en vigueur pour les patients tenus de payer à l'avance des services médicalement nécessaires. En 2006-2007, plus de 14 millions de dollars ont été payés pour des services hospitaliers reçus par des malades hospitalisés et des malades externes dans d'autres provinces et territoires.

Les T.N.-O. participent aux ententes de facturation réciproque des services hospitaliers et des services médicaux assurés avec les autres provinces et territoires.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Les directives ayant trait à l'inscription au régime d'assurance-maladie des T.N.-O. exposent les critères qui définissent la protection assurée pendant les séjours à l'étranger.

Le sous-alinéa 11 (1)b)(ii) de la *Loi canadienne sur la santé* stipule que les résidents peuvent présenter les reçus des frais engagés pour des services fournis à l'étranger. Les T.N.-O. prévoient le remboursement personnel lorsqu'un résident des T.N.-O. quitte temporairement le Canada pour des raisons personnelles telles que des vacances et qu'il requiert des soins médicaux au cours de cette période. Ces personnes doivent couvrir les frais et en demander le remboursement à leur retour aux T.N.-O. Les taux payables sont prévus dans le tarif approuvé. Si les services sont reçus à l'extérieur du Canada, les taux remboursés ne doivent pas dépasser les taux prévus pour les services assurés reçus dans les Territoires.

Une personne qui séjourne à l'étranger peut être couverte pour une période maximale pouvant aller jusqu'à un an, moyennant une approbation préalable. Dans le contexte des règles d'admissibilité, les résidents des T.N.-O. peuvent conserver leur couverture pour une période maximale d'un an s'ils quittent le Canada, mais ils doivent présenter des renseignements détaillés confirmant que leur résidence permanente demeure dans les T.N.-O.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Les T.N.-O. exigent une approbation préalable si une personne envisage de se faire rembourser les services reçus dans d'autres provinces ou territoires ou à l'extérieur du pays. Il est également nécessaire d'obtenir une approbation préalable si l'on s'adresse à des établissements privés pour recevoir des services assurés.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales vise à lever tous les obstacles d'ordre économique pour les résidents des T.N.-O. L'article 14 de la *Loi sur l'assurance-maladie* interdit toute surfacturation, à moins que

le praticien n'ait choisi de se faire payer pour les services médicaux fournis à des personnes assurées autrement que par le régime d'assurance-maladie.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Les établissements des T.N.-O. sont en mesure d'offrir une gamme de services médicaux, de chirurgie, de réadaptation et de diagnostic. Le programme de déplacements à des fins médicales des T.N.-O. permet aux résidents de recevoir les services nécessaires non disponibles dans les établissements des Territoires. Grâce à certains arrangements touchant les déplacements à des fins médicales, l'accès aux services a été maintenu tout au long de l'année.

En 2006-2007, les services de télésanté ont été élargis de manière à inclure un total de 17 unités à travers les T.N.-O. Le Ministère a terminé un plan stratégique triennal et travaille présentement à l'élaboration de propositions de projet basées sur ce même plan. Une de ces propositions concerne la prestation de services d'orthophonie aux enfants d'âge scolaire dans chaque communauté.

En ce qui a trait au recrutement et au maintien en poste des professionnels, les T.N.-O. sont aux prises avec les mêmes problèmes que le reste du Canada. En outre, ils doivent composer avec des demandes particulières en raison de leur éloignement et de leurs réalités socio-économiques.

Le Ministère a élaboré en 2004 une stratégie quinquennale complète en matière de ressources humaines pour résoudre ces problèmes. La stratégie décrit les options qui s'offrent au système de santé et de services sociaux pour accroître la réserve de professionnels de la santé requise pour répondre aux besoins des résidents des T.N.-O en matière de soins de santé. Parmi les initiatives directement liées à l'accroissement de la réserve de professionnels de la santé, on compte la promotion des carrières dans le domaine de la santé, la planification de la relève et la maximisation de l'emploi dans le Nord.

Dans le but de maximiser l'efficacité des efforts de recrutement, le gouvernement des T.N.-O. a créé une unité de recrutement en santé en 2006. Cette unité se consacre au recrutement de professionnels paramédicaux pour la fonction publique, ce qui entraîne plusieurs avantages, dont la capacité de faire face aux changements dans les besoins du personnel de la santé à travers les T.N.-O.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Tous les habitants des T.N.-O. ont accès à tous les établissements gérés par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

Grâce au programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales, le gouvernement permet aux résidents d'accéder aux services médicaux, et le projet de télésanté donne aux résidents de collectivités isolées la possibilité d'avoir un meilleur accès aux services spécialisés.

5.4 Rémunération des médecins

La rémunération des médecins est établie au moyen de négociations entre la NWT Medical Association et le Ministère. La majorité des médecins de famille travaillent dans le cadre d'un accord contractuel avec le gouvernement des T.N.-O. Les autres sont rémunérés à l'acte. Dans les Territoires du Nord-Ouest, la *Loi sur l'assurance-maladie* et son *Règlement d'application* régissent les paiements versés aux médecins pour les services assurés fournis sous le régime de la rémunération à l'acte.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les paiements aux hôpitaux sont effectués conformément aux accords de contribution conclus entre les conseils d'administration et le Ministère. Les sommes allouées dans les accords sont établies d'après les ressources disponibles dans le budget global du gouvernement et le niveau de service assuré par l'hôpital.

Les paiements versés aux établissements offrant des services hospitaliers assurés sont régis par la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* ainsi que par la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Aucune modification n'a été apportée aux dispositions visant les paiements aux établissements au cours de l'exercice 2006-2007. Les hôpitaux des T.N.-O. sont financés au moyen d'un budget global.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement des Territoires Nord-Ouest a rendu compte des fonds versés par le gouvernement fédéral dans le cadre du Transfert en matière de santé du Canada dans des communiqués de presse et dans divers autres documents.

Pour l'exercice 2006-2007, ces documents sont les suivants :

- le discours budgétaire 2006-2007;
- le budget principal des dépenses 2006-2007;
- les comptes publics 2005-2006;
- le plan d'activités 2005-2008 pour le ministère des Finances.

Le budget principal des dépenses susmentionné constitue le plan financier du gouvernement; celui-ci le présente chaque année à l'Assemblée législative.

7.0 Services de santé complémentaires

Les programmes et les services de soins continus offerts dans les collectivités des T.N.-O. peuvent comprendre l'aide à la vie autonome, les foyers de groupe pour adultes, les établissements de soins de longue durée et les établissements de soins prolongés. Ces programmes et services sont en place là où il est possible de les fournir, conformément à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et au *Règlement sur les normes dans les hôpitaux et les établissements de soins de santé*.

Les services d'aide à la vie autonome permettent de vivre dans un environnement familier avec un soutien accru et un niveau de supervision qu'on ne retrouve pas dans le contexte des services de soins à domicile. Actuellement, les Territoires offrent dans ce domaine des services d'aide à la vie autonome dans des maisons familiales, des appartements et des foyers de groupe, où les clients vivent dans la plus grande autonomie possible. Les foyers collectifs, les établissements de soins de longue durée et les établissements de soins prolongés fournissent en tout temps un soutien médical, physique ou mental plus complexe.

Le Programme de soins à domicile des T.N.-O. permet d'offrir des services de soins communautaires favorisant la vie autonome, de définir des options de soins appropriées appuyant la vie dans la communauté et de faciliter l'accès aux soins institutionnels lorsque la vie dans la communauté n'est plus une option viable. Les soins à domicile sont fondés sur les besoins et sont offerts gratuitement aux résidents des T.N.-O. Les services de soins à domicile comprennent notamment : les soins de courte durée; les soins post-hospitaliers; les soins pour les malades chroniques; les services d'alimentation; les soins

palliatifs; les soins personnels; la gestion et le suivi de la pharmacothérapie; les soins podologiques; le soutien social; les soins ambulatoires; la physiothérapie et l'ergothérapie; l'assistance pour le transport; le prêt d'appareils; les soins de relève.

Les services de soins à domicile sont offerts par les ARSSS et l'Agence de services communautaires Tlicho et sont fondés sur une évaluation multidisciplinaire des besoins de la personne. Le Programme des soins à domicile offre des services aux sept régions suivantes : Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Beaufort-Delta, Sahtu, Deh Cho et Tlicho. Dans les T.N.-O., aucune loi ne porte précisément sur les soins à domicile. Les soins à domicile sont financés par le Ministère en tant que service essentiel. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits a attribué du financement à ce volet, ce qui a permis d'améliorer les services.

Personnes inscrites					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	40 399 [2]	43 202 [2]	44 504 [2]	44 082 [2]	45 551 [2]

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	4	4	4	4	4
b. soins chroniques	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]
c. soins de réadaptation	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]
d. autres	28 [4]	28 [4]	28 [4]	28 [4]	28 [4]
e. total	32	32	32	32	32
3. Paiement des services de santé assurés ($) :					
a. soins actifs	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. soins chroniques	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]
c. soins de réadaptation	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]	s.o. [3]
d. autres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
e. total	48 384 358	51 553 729	56 475 975	56 228 443	62 789 300
Établissements privés à but lucratif	**2002-2003**	**2003-2004**	**2004-2005**	**2005-2006**	**2006-2007**
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
b. établissements d'imagerie diagnostique	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
c. total	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

Toutes les données peuvent faire l'objet de révisions ultérieurement.

2. Les données de 2001-2002 sont datées du 18 septembre 2002, les données de 2002-2003 sont datées du 2 septembre 2003; les données de 2003-2004 sont datées du 25 août 2004; les données de 2004-2005 sont datées du 1er septembre 2005; les données de 2005-2006 sont datées du 6 septembre 2006; et les données de 2006-2007 sont datées du 6 septembre 2007.

3. Les Territoires du Nord-Ouest ne possèdent pas d'établissements qui offrent de tels services en tant que principale catégorie de soins. Les quatre établissements hospitaliers de soins actifs assurent plutôt la prestation de soins de longue durée, de soins prolongés, de chirurgies d'un jour, de services de consultation externe, de services de diagnostic et de soins de réadaptation.

4. Comprend les centres de santé et les unités de santé publique.

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	1 237	1 338	1 246	1 183	1 094 [5]
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	8 580 504	8 737 798	9 015 697	11 347 098	11 566 331 [5]
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	9 172	9 591	10 252	10 634	12 010 [5]
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	1 834 134	2 110 818	2 573 103	2 628 794	2 673 172 [5]
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	2	1	2	8	17 [5]
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	1 258	216	165	13 718	38 967 [5]
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	56	21	19	54	46 [5]
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	124 725	20 735	4 972	7 280	13 062 [5]

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	37 [5]	44 [5]	56 [5]	56 [5]	57 [6]
b. spécialistes	16 [5]	15 [5]	21 [5]	21 [5]	21 [6]
c. autres	155 [6]	169 [6]	139 [6]	155 [6]	175 [7]
d. total	208 [7]	228 [7]	216 [7]	232 [7]	253 [8]
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	195 512	200 866	210 371	186 093	171 314
b. paiements totaux ($)	20 504 000	28 791 514	28 761 951	30 127 892	30 569 939
18. Services médicaux rémunérés à l'acte :					
a. nombre de services (#)	24 018	26 326	28 509	28 818	27 976
b. paiements totaux ($)	1 441 954	1 513 440	1 570 686	1 574 842	1 670 071

Toutes les données peuvent faire l'objet de révisions ultérieurement.

5. Les données pour 2006-2007 sont des prévisions fondées sur les demandes consignées depuis le début de l'exercice.
6. Les données pour 2001-2002 proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé, Base de données médicales de Southam; les données pour 2002-2003 et 2003-2004 sont des estimations provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O. Les données pour 2004-2005 à 2006-2007 sont basées sur des postes prévus au budget.
7. Il s'agit d'une estimation du nombre de médecins remplaçants.
8. Estimation basée sur le nombre total de médecins actifs pour chaque exercice.

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
19. Nombre de services (#)	43 571	41 658	43 211	51 079	44 111
20. Paiements totaux ($)	2 790 861	2 973 537	3 124 955	3 981 191	3 408 204
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	135	83	91	85	79
22. Paiements totaux ($)	40	407	20 103	38 722	39 083

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
23. Nombre de dentistes participants (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
24. Nombre de services fournis (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
25. Paiements totaux ($)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Nunavut

Introduction

À sa création le 1er avril 1999, le Nunavut devenait le troisième et plus récent territoire établi au Canada. Avec ses deux millions de kilomètres carrés, sa superficie occupe le cinquième de la masse continentale canadienne. Vingt-cinq communautés sont réparties sur ses trois fuseaux horaires. Le Nunavut comprend trois régions : Baffin, Kivalliq et Kitikmeot, regroupant respectivement treize, sept et cinq communautés. Selon les dernières statistiques, sa population s'élevait à 31 113 habitants au 1er juillet 2007.

Environ 53 p. 100 des habitants ont moins de 25 ans, et 85 p. 100 sont des Inuits. Une petite communauté de francophones (de quatre à six pour cent de la population) vit sur l'île de Baffin, principalement dans la capitale Iqaluit. La population active, qui compte un grand nombre d'ouvriers qualifiés et de travailleurs saisonniers venus d'ailleurs au Canada, fluctue considérablement.

Les lois régissant l'administration de la santé et des services sociaux au Nunavut ont été transposées, à titre de lois du Nunavut, à partir de celles des Territoires du Nord-Ouest, en vertu de la *Loi sur le Nunavut* (1999). Elles seront examinées au cours des années à venir par le ministère de la Santé et des Services sociaux afin d'en vérifier la pertinence pour l'atteinte des objectifs du gouvernement du Nunavut, énoncés dans « Pinasuaqtavut 2004-2009 ». Ce document décrit l'engagement du gouvernement à édifier le Nunavut de l'avenir en favorisant la santé des communautés, la simplicité, l'unité, l'autonomie et l'éducation permanente. Tous les ministères devront tenir compte des valeurs inuites, l'Inuit Qaujimajatuqangit, dans l'élaboration de programmes et de politiques ainsi que dans la conception et la prestation des services.

La prestation des services de soins de santé au Nunavut repose sur un modèle de soins primaires. Il y a des centres de santé communautaire dans 24 communautés partout au Nunavut, dont de nouveaux établissements régionaux à Rankin Inlet et à Cambridge Bay (pouvant traiter des malades hospitalisés et externes), et un hôpital régional à Iqaluit. Les fournisseurs de soins de santé primaires sont des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des infirmières en santé communautaire et des pharmaciens. On s'inquiète de la perte de deux médecins à temps plein au Nunavut au cours de la dernière année; ils ont tous les deux choisi de quitter le territoire. Il y a 13 médecins de famille à temps plein dans tout le Nunavut (bien que des fonds soient disponibles pour 18 équivalents temps plein) : 10 dans la région de Baffin; deux dans la région de Kivalliq; un dans la région de Kitikmeot. Le Nunavut recrute et embauche ses propres médecins de famille et, au besoin, a recours aux services de spécialistes de centres de santé d'Ottawa, de Toronto, de Winnipeg, de Yellowknife et d'Edmonton. Un nouveau site Web a été créé en 2006-2007 dans le cadre de l'initiative de recrutement et de maintien en poste; il se trouve à l'adresse suivante :

www.nunavut-physicians.gov.nu.ca

La gestion et la prestation des services de soins de santé au Nunavut ont été intégrées dans les activités générales du ministère de la Santé et des Services sociaux lors de la dissolution des conseils régionaux de santé (Baffin, Kitikmeot et Keewatin/Kivalliq), le 31 mars 2000. Les membres de ces conseils sont alors devenus des employés du Ministère. Dans chacune des trois régions du territoire, le Ministère a un bureau qui gère la prestation des services de soins de santé à l'échelon régional. Le soutien à la prestation de soins de première ligne a gardé toute son importance dans le cadre de ce regroupement.

En 2006-2007, le budget de la santé et des services sociaux du territoire était de 277 524 000 $, dont environ 40 264 000 $ avaient été affectés à des projets d'immobilisations. Il s'agit d'une hausse de 36 913 000 $ par rapport aux niveaux de financement de 2005-2006.

En 2005-2006, le réseau de télésanté a été étendu à nouveau, et il est maintenant disponible dans les 25 communautés du Nunavut. En 2006-2007, le réseau a fait l'objet d'un autre remaniement et a accru ses sessions cliniques de 5 p. 100 par rapport à l'année précédente. Le réseau de télésanté du Nunavut fournit une grande diversité de services de santé aux communautés, dont les suivants : services cliniques (comme les consultations de spécialistes); éducation sanitaire; enseignement médical continu; visite à un membre de la famille; fonctions administratives. Le réseau a également trouvé une nouvelle utilisation à plusieurs services : planification des congés, télépsychiatrie, gériatrie, ergothérapie et suivi postopératoire des patients. Le réseau a réussi à réaliser des économies majeures sur le plan des déplacements pour soins médicaux puisque, en 2005-2006, quelque 753 voyages ont été évités grâce à des consultations de télésanté.

Au Nunavut, les défis à relever et les besoins à combler pour assurer la santé et le mieux-être de la population sont nombreux et uniques. Malgré d'intenses activités – au Canada et à l'étranger – de recrutement et de maintien en poste, le Nunavut éprouve toujours de la difficulté à surmonter la grave pénurie d'infirmières. Toutefois, il est important de noter que, grâce à des initiatives de recrutement ciblées, 34 nouvelles infirmières ont été recrutées à l'étranger pour travailler au Nunavut en 2005-2006. À l'heure actuelle, on compte 23 infirmières provenant de l'étranger qui travaillent dans l'ensemble du territoire. En 2006-2007, quinze de ces infirmières ont quitté le territoire et travaillent à l'obtention d'un permis complet au moyen de l'examen d'autorisation infirmière au Canada. Le recrutement et le maintien en poste des autres professionnels de la santé, comme les travailleurs sociaux, les médecins et les physiothérapeutes, posent également un défi.

Plus du quart du budget de fonctionnement total du Ministère est affecté aux coûts des voyages pour recevoir des soins médicaux dans des établissements hors du territoire. La très faible densité démographique de ce vaste territoire et le manque d'infrastructures (équipements et ressources humaines en santé) obligent les résidents à quitter le Nunavut pour recevoir divers services hospitaliers et médicaux spécialisés. À l'automne 2005, deux nouveaux centres de santé régionaux, un à Rankin Inlet et l'autre à Cambridge Bay, ont ouvert leurs portes. En outre, un nouvel établissement hospitalier régional à Iqaluit est censé ouvrir à l'automne 2007. Ces établissements permettront au Nunavut de renforcer ses capacités internes et d'élargir la gamme de services pouvant être offerts sur son territoire.

Grâce au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, le gouvernement du Nunavut a établi une nouvelle clinique de médecine familiale à Iqaluit. La clinique s'est fixé un objectif : compter deux médecins de famille et trois infirmières praticiennes dans un modèle communautaire de prestation des services de santé. Au cours de sa première année d'activités, la clinique a réussi à réduire la pression sur les services d'urgence et de consultation externe de l'Hôpital régional de Baffin pendant les heures normales de bureau. À l'heure actuelle, deux infirmières praticiennes offrent des services de santé primaires, selon une pratique concertée, à la communauté d'Iqaluit avec une moyenne mensuelle de deux visites de consultation de médecins de l'Hôpital régional de Baffin. Les deux infirmières praticiennes de la clinique accueillent environ 200 patients par mois ou de 15 à 18 patients par jour.

Les activités de promotion et de protection de la santé sont au premier rang des priorités du Ministère en matière de services. Citons à cet égard les stratégies de réduction du tabagisme, la sensibilisation du public aux modes de vie sains, la sensibilisation à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), la sensibilisation au diabète et sa prévention, la valorisation de l'alimentation traditionnelle et la nutrition prénatale. Les stratégies mises en œuvre au Nunavut pour réduire l'usage du

tabac ont donné des résultats tangibles, le tabagisme chez les jeunes ayant diminué de 12 p. 100 dans le territoire depuis 2004.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation du Nunavut couvrent les services médicaux et hospitaliers et sont gérés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à titre non lucratif.

La *Loi sur l'assurance-maladie* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) régit l'admissibilité aux services médicaux assurés et leur paiement. La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) permet l'établissement de services hospitaliers et d'autres services de soins de santé.

La *Loi sur la dissolution des conseils d'administration* (Nunavut, 1999) prévoit la dissolution des conseils de santé de Baffin, de Kitikmeot et de Keewatin/Kivalliq et intègre leurs activités à celles du ministère de la Santé et des Services sociaux à compter du 1er avril 2000. Les centres régionaux ont été conservés pour appuyer la prestation d'une gamme étendue de services sociaux et de santé de première ligne et de services communautaires.

Aucune modification n'a été apportée aux lois au cours de l'exercice 2006-2007.

1.2 Liens hiérarchiques

Un directeur des soins médicaux, nommé aux termes de la *Loi sur l'assurance-maladie*, assure la gestion du régime d'assurance-maladie du territoire. Il relève du ministre de la Santé et des Services sociaux et doit présenter chaque année, aux termes de la *Loi sur l'assurance-maladie*, un rapport annuel sur les activités du régime. Ses rapports sont basés sur les rapports annuels sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Nunavut, conformément à l'article 30.1 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (Nunavut, 1999). Il a le mandat de vérifier les activités du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le vérificateur général du Canada doit vérifier chaque année les transactions et les états financiers consolidés du gouvernement. Le *Rapport de la vérificatrice générale du Canada à l'Assemblée législative du Nunavut – 2005* a été déposé en février 2005 et peut être consulté à :

www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01nunavut_f.html.

Le rapport ne faisait pas mention des activités du régime d'assurance-maladie ni des principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Des plans sont en cours pour réaliser une vérification pour l'exercice 2006-2007.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers sont offerts au Nunavut en vertu des articles 2 à 4 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et de son *Règlement*. Aucune modification n'a été apportée à la *Loi* ni à son *Règlement* en 2006-2007.

En 2006-2007, des services hospitaliers assurés ont été fournis dans 25 établissements situés sur l'ensemble du territoire, soit un hôpital général à Iqaluit, deux établissements de santé régionaux (à Rankin Inlet et à Cambridge Bay) et 22 centres de santé communautaire. L'Hôpital régional de Baffin à Iqaluit est actuellement le seul établissement de soins actifs au Nunavut qui offre une gamme de services hospitaliers aux malades hospitalisés et externes au sens de la *Loi canadienne sur la santé*. Toutefois, les deux établissements régionaux à Rankin Inlet et à Cambridge Bay seront en mesure d'offrir des services aux malades hospitalisés et externes dans les centres de santé communautaire une fois qu'ils auront recruté d'autres médecins. Des cliniques de spécialistes peuvent d'ores et déjà s'y tenir. Les centres de santé communautaire offrent des services de santé publique, des services aux malades externes et des services d'urgence. De plus, il existe un nombre limité de lits de maternité au Rankin Inlet Birthing Centre. Des services de santé publique sont également fournis dans des cliniques de santé publique autonomes à Rankin Inlet et à Iqaluit.

L'autorisation des établissements et la délivrance de licences ainsi que l'inspection et la supervision de tous les établissements de santé et de services sociaux du territoire relèvent du Ministère.

Les services assurés fournis aux malades hospitalisés sont : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire, de radiologie et autres actes diagnostiques ainsi que les interprétations nécessaires; les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles de travail et des installations d'anesthésie; l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils sont disponibles; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé; les services fournis par des personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital; les services fournis par un centre approuvé de désintoxication.

Les services aux malades externes sont : les analyses de laboratoire et les radiographies, ainsi que les interprétations nécessaires, demandées par un médecin et réalisées dans un établissement de consultation externe ou un hôpital agréé; les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales bénignes; les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'audiologie (services limités) et d'orthophonie fournis dans un établissement de consultation externe ou dans un hôpital agréé; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme offert par un hôpital agréé.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux peut décider d'ajouter des services dans ses établissements, après s'être assuré de la disponibilité de ressources et d'équipement et de la faisabilité générale du projet. Il le fait conformément à ses lignes directrices et avec l'aval du Conseil de gestion financière du Nunavut.

Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste des services hospitaliers assurés en 2006-2007.

2.2 Services médicaux assurés

Le paragraphe 3(1) de la *Loi sur l'assurance-maladie* et l'article 3 du *Règlement sur les soins médicaux* prévoient la prestation de services médicaux assurés au Nunavut. Aucune modification n'a été apportée à la *Loi* ni au *Règlement* en 2006-2007.

La *Loi sur les infirmières et infirmiers* de 2004 autorise désormais la délivrance de permis d'exercice aux infirmières praticiennes au Nunavut par suite de modifications législatives. Auparavant, les médecins étaient les seuls praticiens autorisés à fournir des services médicaux assurés dans le territoire. Le Ministère a étudié et a apporté des modifications législatives qui confèrent maintenant aux infirmières praticiennes un plus grand rôle dans la prestation des soins primaires à l'intérieur des communautés. Une modification à la *Loi* a été approuvée pendant la session de février 2007 de l'Assemblée législative du Nunavut.

Les médecins doivent être membres en règle d'un collège des médecins et chirurgiens du Canada et détenir un permis d'exercice au Nunavut. Le comité d'inscription des médecins du gouvernement du Nunavut gère présentement ce processus pour les médecins du territoire. Il y a, au total, 20 postes de médecins de famille à temps plein au Nunavut (11 dans la région de Baffin; 4,5 dans la région de Kivalliq; 2,5 dans la région de Kitikmeot) ainsi qu'un chirurgien et un anesthésiste, à l'Hôpital régional de Baffin, qui fournissent des services aux Nunavummiut. Des spécialistes itinérants, des omnipraticiens et des médecins suppléants fournissent également des services médicaux assurés dans le cadre d'ententes conclues avec les trois régions du Ministère. En date du 31 mars 2007, 127 médecins participaient au régime d'assurance-maladie du Nunavut.

Le médecin peut faire le choix de recevoir des honoraires à l'extérieur du cadre de l'assurance-maladie, aux termes de l'alinéa 12(2)a) ou 12(2)b) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, en remettant un avis écrit à cet effet au directeur. Ce choix peut être révoqué, et la révocation entre en vigueur le premier jour du mois suivant la date à laquelle a été remis l'avis de révocation. En 2006-2007, aucun médecin n'a remis d'avis écrit indiquant qu'il avait fait le choix susmentionné. Tous les médecins qui exercent au Nunavut ont signé un contrat avec le Ministère.

Les services médicaux assurés sont les services médicalement nécessaires rendus par les praticiens. Lorsque les services assurés ne peuvent être fournis dans certaines régions du Nunavut, le malade est envoyé dans une province ou un autre territoire pour obtenir le service assuré. Le Nunavut a des ententes de services de santé en vigueur avec des centres de traitement médical à Ottawa, à Winnipeg, à Yellowknife et à Edmonton. Ce sont les centres habituels hors du territoire vers lesquels le Nunavut adresse ses patients qui doivent obtenir des services médicaux non disponibles dans le territoire.

L'ajout ou le retrait d'un service médical à la liste des services assurés doit être approuvé par le gouvernement. À cette fin, le directeur de l'assurance-maladie participe aux négociations avec un groupe représentant les médecins pour discuter du service visé. Par la suite, la décision du groupe est soumise à l'approbation du Cabinet. En 2006-2007, il n'y a eu aucun ajout ni retrait de service médical assuré.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Un dentiste qui fournit des services de chirurgie dentaire assurés au titre du régime d'assurance-maladie du territoire doit détenir une licence d'exercice, conformément à la *Loi sur les professions dentaires* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut aux termes de l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999). Il reçoit un numéro de facturation à l'égard des services dentaires assurés. En 2006-2007, trois chirurgiens stomatologistes ont reçu l'autorisation de facturer des services dentaires assurés au régime d'assurance-maladie du Nunavut.

Les services dentaires assurés se limitent aux actes de chirurgie dentaire prévus au *Règlement*, et qui nécessitent des ressources que seul un hôpital peut fournir (p. ex. chirurgie orthognatique). Des chirurgiens stomatologistes sont amenés au Nunavut sur une base régulière. Toutefois, dans de rares cas, le patient présente des complications médicales et doit être transporté par avion à l'extérieur du Territoire.

L'ajout de nouveaux services de chirurgie dentaire à la liste des services assurés doit être approuvé par le gouvernement. Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste en 2006-2007.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services fournis en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) ou d'autres lois du Canada, sauf la *Loi canadienne sur la santé*, sont exclus.

Les services médicaux non assurés sont : les examens physiques annuels; la chirurgie esthétique; les services

réputés expérimentaux; les médicaments d'ordonnance; les examens physiques demandés par un tiers; les services d'optométrie; les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire; les services de chiropraticiens, de naturopathes, de podiatres et d'ostéopathes, et les traitements d'acupuncture; les services de physiothérapie, d'orthophonie et de psychologie reçus ailleurs que dans un établissement de consultation externe agréé (hôpital).

Les services hospitaliers non assurés sont : les frais hospitaliers excédant le taux de l'hébergement en salle commune pour une chambre privée ou semi-privée; les services qui ne sont pas médicalement nécessaires, comme la chirurgie esthétique; les services réputés expérimentaux; les frais d'ambulance (sauf pour le transport d'un hôpital à l'autre); les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire; les services de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes, sans approbation préalable.

À l'Hôpital régional de Baffin, le taux quotidien des services aux malades hospitalisés fournis à des étrangers est de 1 396 $.

Dans le cas de résidents envoyés à l'extérieur du territoire pour recevoir des services, le Ministère suit les politiques et procédures de l'administration qui fournit les services pouvant entraîner des frais supplémentaires uniquement si ces frais sont couverts par le régime d'assurance-maladie du Nunavut (voir 4.2, Transférabilité). Les demandes ou les plaintes sont traitées avec la province ou le territoire concerné.

Le Ministère gère également le Programme des services de santé non assurés (PSSNA) au nom de Santé Canada pour les résidents des Premières nations et les Inuits du Nunavut. Le PSSNA prend en charge la quote-part dans le cas des déplacements pour soins médicaux, de l'hébergement et des repas dans les pensions (Ottawa, Winnipeg, Churchill, Edmonton et Yellowknife), les médicaments d'ordonnance, les traitements dentaires, les soins de la vue, les fournitures médicales et les prothèses ainsi qu'un certain nombre d'autres services accessoires.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

L'admissibilité au régime d'assurance-maladie du Nunavut est brièvement définie aux paragraphes 3(1), (2) et (3) de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le Ministère respecte l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité (interprovincial-territorial) et ses propres lignes directrices. Aucune modification n'a été apportée à la *Loi* ni au *Règlement* en 2006-2007.

Sous réserve des dispositions susmentionnées, tous les résidents du Nunavut sont admissibles aux services de santé assurés selon des modalités uniformes. Un résident est une personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, domiciliée et résidant habituellement au Nunavut, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite au Nunavut. Les demandes de participation au régime sont acceptées, et les demandeurs doivent produire des documents confirmant leur statut de résident. Les personnes admissibles reçoivent une carte santé portant un numéro distinct.

La couverture débute généralement le premier jour du troisième mois suivant l'arrivée au Nunavut, mais elle peut être immédiate dans certaines circonstances (p. ex. nouveau-né dont la mère ou le père est admissible à la couverture). Les résidents permanents (immigrants reçus), les Canadiens rentrant au pays, les Canadiens rapatriés, les résidents permanents rentrant au pays et les non-Canadiens titulaires d'un visa d'emploi valide pour douze mois ou plus sont, de même, couverts sans délai.

Les membres des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas admissibles. Ils le deviennent le premier jour de la cessation d'emploi ou de la libération.

Aux termes de l'article 7 de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité, les personnes d'une province ou d'un autre territoire qui demeurent au Nunavut

durant une absence temporaire sans y établir leur résidence demeurent inscrites au régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire d'où elles viennent pendant une période maximale d'un an.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour s'inscrire au régime, une personne doit présenter un formulaire de demande rempli et y joindre les documents requis. Une carte santé est délivrée à chaque résident. Afin de simplifier le traitement des documents, un processus de renouvellement progressif a été adopté au Nunavut en 2006. Aucune prime n'est exigible. La couverture d'un service est liée à la vérification de l'inscription, mais en cas de problème à cet égard, tout est mis en œuvre pour inscrire le résident admissible. Les non-résidents doivent présenter une carte santé valide de leur province ou de leur territoire.

En date du 31 mars 2007, 30 104 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-maladie du Nunavut, soit une baisse d'environ 1 068 résidents par rapport à l'année précédente. Les statistiques démographiques du Nunavut, publiées par Statistique Canada, font état d'un certain nombre de « résidents temporaires » qui ne sont pas admissibles à la couverture au titre du régime du territoire. Aucune disposition officielle ne prévoit le retrait des résidents du régime d'assurance-maladie.

3.3 Autres catégories de personnes

Les non-Canadiens qui détiennent un visa d'emploi ou d'étudiant valide pour moins de 12 mois, les travailleurs de passage et les titulaires de permis ministériel (à une exception près) ne sont pas admissibles au régime. Les situations particulières sont évaluées individuellement, conformément à l'article 15 des lignes directrices des T.N.-O. sur l'inscription, adopté par le Nunavut en 1999.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

L'article 3 de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité fixe le délai de résidence lors d'un déménagement permanent dans une autre province ou un autre territoire, soit trois mois, ou le premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence, ce dernier s'appliquant lorsqu'une personne, durant une absence temporaire de sa province ou de son territoire, décide d'établir sa résidence au Nunavut.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le paragraphe 4(2) de la *Loi sur l'assurance-maladie* concerne les prestations payables à l'égard des services médicaux assurés, fournis à l'extérieur du Nunavut, mais au Canada. Les alinéas 5d) et 28(1)j) et o) de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* autorisent le ministre à conclure avec les provinces et les autres territoires des ententes sur la prestation de services de soins de santé aux résidents du Nunavut et à fixer les modalités de paiement. En 2006-2007, il n'y a pas eu de modification législative ou réglementaire concernant la couverture à l'extérieur du Nunavut.

Les personnes qui étudient à l'extérieur du Nunavut doivent en aviser le Ministère et fournir une preuve d'inscription pour demeurer assurées. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et approuvées par le directeur. Les absences temporaires d'au plus un an pour le travail, des vacances ou d'autres raisons sont approuvées par le directeur, moyennant la présentation d'une demande écrite de l'assuré. Le directeur peut approuver des absences qui excèdent douze mois consécutifs, moyennant la présentation d'une demande écrite de l'assuré.

Les dispositions relatives à la couverture durant les absences temporaires au Canada sont parfaitement conformes aux modalités interprovinciales et territoriales, à partir du 1er janvier 2001, de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité.

Le Nunavut participe à l'entente de facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers; des accords bilatéraux particuliers sont également en vigueur avec l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest.

L'entente de facturation réciproque des services hospitaliers prévoit le paiement des services hospitaliers aux patients hospitalisés ou externes reçus à l'extérieur du territoire par les résidents admissibles du Nunavut. Les taux prévus pour les interventions onéreuses, les services de néonatologie et les services aux malades externes sont basés sur ceux du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé. Aux termes d'un accord spécial entre les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut, prévoyant un financement global, le Stanton Hospital de Yellowknife fournit des services aux résidents du Nunavut, à l'hôpital même ou dans la région de Kitikmeot (Arctique de l'Ouest), par l'intermédiaire de spécialistes itinérants.

L'entente de facturation des services médicaux hospitaliers prévoit le paiement des services assurés aux résidents admissibles du Nunavut qui reçoivent des services médicaux assurés à l'extérieur du territoire. Le paiement est fait à la province qui a fourni le service, aux taux établis par cette dernière.

En 2006-2007, les paiements aux hôpitaux situés à l'extérieur du territoire s'élevaient à 23 907 398 $.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'étranger

Le paragraphe 4(3) de la *Loi sur l'assurance-maladie* régit les prestations payables à l'égard des services médicaux assurés fournis à l'étranger. Les alinéas 28(1)j)o) de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* autorisent le ministre à fixer les modalités de paiement des services fournis à l'étranger aux résidents du Nunavut. Pendant une absence temporaire à l'étranger, peu importe la raison, les personnes peuvent être couvertes pendant une période maximale de 12 mois, sous réserve de la présentation préalable d'un avis écrit. Si un résident est adressé à l'extérieur du pays pour recevoir des services (interventions très spécialisées non pratiquées au Nunavut ni ailleurs au Canada), le territoire assume la totalité des frais. Dans le cas de services non urgents ou si le patient n'a pas été adressé, le paiement est de 1 396 $ par jour pour les services hospitaliers aux malades hospitalisés et de 158 $ par visite pour les services aux malades externes. Les taux n'ont pas changé en 2006-2007.

En 2006-2007, le Nunavut a payé un total de 1 105 $ pour des services de santé d'urgence à des malades hospitalisés ou externes étant des résidents admissibles se trouvant temporairement à l'étranger.

Les services médicaux assurés fournis à des résidents admissibles pendant une absence temporaire à l'étranger sont payés aux taux en vigueur pour ces services dans le territoire. Le remboursement est accordé à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable est requise pour recevoir des services non urgents dans les établissements privés canadiens ou dans tout établissement situé à l'étranger.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

L'article 14 de la *Loi sur l'assurance-maladie interdit la surfacturation*, sauf si le médecin a fait un choix toujours en vigueur à cet égard. L'accès aux services assurés est fourni selon des modalités uniformes. Pour éviter que l'éloignement et les frais de déplacement n'entravent l'accès, le gouvernement du

Nunavut fournit une aide pour les déplacements pour raisons médicales. Des services d'interprétation sont également offerts aux patients dans les milieux de soins.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

L'Hôpital régional de Baffin, à Iqaluit, qui sera renommé Hôpital général de Qikiqtani à l'automne 2007 avec l'ajout d'un nouvel établissement hospitalier rattaché à la bâtisse actuelle, est présentement le seul établissement de soins actifs du Nunavut. (Les centres régionaux ouverts récemment à Rankin Inlet et à Cambridge Bay ont tous les deux été conçus pour pouvoir offrir des soins actifs.) L'hôpital compte actuellement 26 lits (ce nombre devrait passer à 31 lits dans le nouvel Hôpital général de Qikiqtani en 2007-2008), utilisés pour les soins actifs, les soins de réadaptation, les soins palliatifs et les soins aux malades chroniques. De plus, la salle d'urgence est dotée de trois civières. L'effectif de l'hôpital est de 87 personnes, dont 10 postes de médecins et 34 infirmières. En 2006-2007, une campagne de publicité visant à recruter du personnel pour 26 nouveaux postes a été lancée pour se préparer à l'ouverture du nouvel Hôpital général de Qikiqtani. L'établissement fournit des services aux malades hospitalisés et externes ainsi que des services d'urgence 24 heures sur 24. Les médecins de la région assurent les services d'urgence à tour de rôle. Les services médicaux disponibles sont les soins ambulatoires/consultations externes, les soins intensifs (limités), les soins médicaux généraux, les soins de maternité et les soins palliatifs. En chirurgie, des interventions mineures en orthopédie, en gynécologie, en pédiatrie, en chirurgie abdominale générale, en traumatologie d'urgence et en otorhinolaryngologie sont pratiquées. Les patients qui ont besoin d'opérations spécialisées sont envoyés ailleurs au Canada. Les services de diagnostic comprennent les services de radiologie, de laboratoire et d'électrocardiogramme. Les services de réadaptation sont offerts uniquement à Iqaluit.

In 2006-2007, au Nunavut, un total de 53 lits (35 lits à l'Hôpital régional de Baffin et 9 lits dans chacun des deux centres régionaux situés à Rankin Inlet et à Cambridge Bay) étaient réservés aux soins actifs.

Le Nunavut a des ententes spéciales avec des établissements d'Ottawa, de Toronto, de Churchill, de Winnipeg, d'Edmonton et de Yellowknife pour la prestation de services assurés aux malades qui y sont adressés.

Outre l'Hôpital régional de Baffin, les 24 centres de santé communautaire offrent des services aux malades externes et des services d'urgence 24 heures sur 24.

Même si la dotation en infirmières et autres professionnels de la santé n'a pas atteint les niveaux désirés, tous les services de base ont été fournis en 2006-2007. Le Nunavut cherche à accroître les ressources dans tous les secteurs.

Les services de télésanté sont disponibles dans les 25 communautés du Nunavut. L'objectif à long terme est d'intégrer la télésanté au système de prestation de soins primaires pour faciliter l'accès à une gamme plus étendue de services et permettre une meilleure utilisation des ressources par les fournisseurs de soins de santé et les communautés.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

À l'aide fournie dans le cas de déplacements pour raisons médicales et aux initiatives de télésanté s'ajoutent les accords conclus avec certaines régions et certains établissements de santé pour la prestation de services médicaux ainsi que de services de médecins spécialistes et autres professionnels de la santé itinérants. Lorsque l'équipement et les services ne sont pas disponibles au Nunavut, les malades sont adressés à l'extérieur du territoire. Le réseau de la télésanté, qui relie les 25 communautés, permet la prestation d'une gamme étendue de services : consultations de spécialistes comme les dermatologues, les psychiatres et les internistes; services de réadaptation; séances de counseling sur une base

régulière; visites d'un membre de la famille; enseignement médical continu. En 2006-2007, le Nunavut comptait 127 médecins inscrits.

Les services spécialisés suivants sont fournis dans le cadre du programme des spécialistes itinérants : ophtalmologie, orthopédie, médecine interne, otorhinolaryngologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, obstétrique, physiothérapie, ergothérapie, psychiatrie et chirurgie dentaire. Les consultations de spécialistes itinérants sont offertes en fonction de la demande et de la disponibilité des spécialistes.

5.4 Rémunération des médecins

Tous les médecins qui travaillent à temps plein au Nunavut sont rémunérés en vertu d'un contrat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui en fixe les modalités. Les spécialistes itinérants sont rémunérés à la journée ou à l'acte.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le financement de l'Hôpital régional de Baffin, des deux nouveaux établissements régionaux à Rankin Inlet et à Cambridge Bay et des 22 centres de santé communautaire est prévu dans l'enveloppe des activités régionales du budget du Ministère. Aucun paiement n'est fait directement aux hôpitaux ni aux centres de santé communautaire.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement du Nunavut a fait mention des contributions en vertu du Transfert canadien en matière de santé pour la période 2002-2003 à 2004-2005 dans le Rapport annuel sur l'application de la *Loi sur l'assurance-maladie* de 2005-2006, qui a été présenté à l'Assemblée législative du Nunavut le 27 novembre 2006.

7.0 Services de santé complémentaires

Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Des établissements de soins pour adultes dans sept communautés offrent au total 64 lits pour répondre aux besoins des Nunavummiut en faisant appel à une combinaison de prestataires de services, surtout privés, et à un établissement appartenant au territoire et administré par celui-ci. Des ententes de licence permettent la location à bail des installations publiques. Chaque établissement accueille les hommes et les femmes et offre des soins de niveau III ou IV sur une base indéterminée. La plupart des établissements offrent des services de relève et des services de soins infirmiers « selon les besoins » et sur une base régulière (huit heures par jour; par la suite, sur place). Des soins personnels sont fournis à tous les pensionnaires en tout temps, et des services de soins à domicile sont généralement offerts au besoin. Des services de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie et orthophonie) sont offerts aux résidents, à raison de 6 à 36 visites par année, selon l'établissement.

Il n'existe pas de loi actuellement au Nunavut pour officialiser les activités prévues dans les établissements de soins de santé complémentaires susmentionnés.

Des soins intermédiaires sont disponibles au Naja Isabelle Home, à Chesterfield Inlet. L'établissement fournit des soins 24 heures sur 24 et est suffisamment doté en personnel professionnel et paraprofessionnel. Les soins infirmiers sont disponibles entre 7 h et 19 h. Le reste du temps, seuls les services de soins personnels sont fournis. En dehors des heures normales de travail, le centre de santé communautaire assure la prestation des soins médicaux.

Des soins infirmiers sont disponibles dans les résidences pour personnes âgées d'Iqaluit et d'Arviat. Ces établissements fournissent le niveau le plus élevé de soins de longue durée au Nunavut, soit des soins complets aux malades chroniques jusqu'au point où la personne a besoin de soins actifs (niveaux 4 et 5). On assure alors son transport vers l'hôpital le plus près.

Soins à domicile

Le Programme de soins à domicile vient en aide aux habitants du Nunavut qui ne sont pas entièrement capables de s'occuper d'eux-mêmes à la maison. Un service communautaire de visites encourage l'autonomie, soutient les membres de la famille et favorise la participation communautaire pour permettre aux personnes de rester en toute sécurité chez elles.

En 2006-2007, les soins à domicile au Nunavut comprenaient toute une gamme de services : soins infirmiers et personnels, soins de relève, soins palliatifs, programmes pour personnes âgées et services d'entretien ménager (qui représentent généralement la majorité des heures de service fournies). De plus, des services de réadaptation – surtout sous forme de physiothérapie et d'ergothérapie – sont fournis aux clients « selon les besoins ».

Les normes pour les programmes de soins à domicile et de soins communautaires (SDSC) sont établies par un coordonnateur territorial des SDSC par l'entremise des gestionnaires régionaux de ces soins, dont un est en poste dans chacune des trois régions du Nunavut et relève sur le plan opérationnel du directeur exécutif dans chaque région. Les infirmières des soins à domicile dans chaque région relèvent de leur côté des gestionnaires. Le personnel de soutien des soins à domicile (soit les représentants des SDSC et les travailleurs des SDSC) relèvent de l'infirmière des soins à domicile compétente. Dans les communautés sans infirmière des soins à domicile, le personnel de soutien est placé sous l'autorité du superviseur du centre de santé de l'endroit. (De leur côté, les superviseurs des centres de santé relèvent de leurs directeurs exécutifs régionaux respectifs, qui eux rendent compte à leurs gestionnaires des soins à domicile et des soins communautaires respectifs).

En raison du manque de ressources humaines et financières, des restrictions ont été constatées dans certaines communautés. Ainsi, les services offerts dans les communautés ne sont pas uniformes dans l'ensemble du territoire.

Soins ambulatoires

En 2006-2007, des soins ambulatoires n'étaient offerts nulle part sur le territoire du Nunavut.

Cependant, pour régler cette question, une proposition a été déposée à la séance de novembre 2006 de l'Assemblée législative. Cette proposition recommandait ce qui suit : l'approbation d'un *Plan de soins prolongés*; la construction de quatre nouveaux établissements de soins prolongés au cours des quatre prochaines années; l'établissement d'une *Stratégie en matière de modes de vie sains* pour les aînés (visant à atténuer les maladies et à retarder l'apparition de maladies qui peuvent devenir chroniques chez les aînés); l'élargissement des *services de soins à domicile et en milieu communautaire* pour favoriser l'autonomie; l'expansion du volet « milieu de soutien » (*Supportive Living Stream*) dans le but d'offrir une plus grande flexibilité aux aînés (en réduisant l'écart entre le maintien à domicile avec des services de soutien et la vie dans une maison de repos). L'objectif des centres de soins continus est de fournir, en établissement, des soins de longue durée, des soins palliatifs, des soins pour maladies subaiguës, des soins de relève et des programmes de mieux-être et de soins communautaires. Deux nouveaux établissements de soins continus devraient être construits à l'hiver 2007-2008; les plans et les matériaux seront prêts pour livraison à l'automne et à l'hiver 2006-2007.

Personnes inscrites					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	29 478	31 660	31 525	31 172	30 104

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
2. Nombre (#) :					
a. soins actifs	1	1	1	1	1
b. soins chroniques	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
c. soins de réadaptation	n.d.	n.d.	n.d.	1	1
d. autres	25 [1]	25 [1]	25 [1]	26 [1]	26
e. total	n.d.	n.d.	n.d.	28	28
3. Paiement des services de santé assurés ($) :					
a. soins actifs	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. soins chroniques	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
c. soins de réadaptation	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
d. autres	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
e. total	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Établissements privés à but lucratif	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Paiement des services de santé assurés donnés par des établissements privés à but lucratif ($) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0

Services hospitaliers assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
6. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	2 524	2 526	2 544	2 721	2 644
7. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	18 640 982	17 202 646	15 851 159	17 909 264	20 572 287
8. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	10 677	12 112	14 492	16 939	14 540
9. Paiements totaux, consultations externes ($)	1 740 038	1 552 418	2 521 841	3 530 878	3 335 111
Services hospitaliers assurés offerts à l'extérieur du Canada					
10. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	0	2	1	1	0
11. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	0	6 300	6 345	954	0
12. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	3	2	1	16	5
13. Paiements totaux, consultations externes ($)	982	400	433	2 637	1 105

1. Inclut 22 centres de santé communautaire et deux centres de santé régionaux situés dans des communautés à travers le territoire ainsi qu'une unité de santé publique et une clinique de pratique familiale à Iqaluit. Cette dernière compte des infirmières praticiennes et un médecin: ils offrent des soins de santé primaires, comme ils le feraient si la clinique se trouvait dans une autre communauté et fonctionnait en tant que centre de santé communautaire.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
14. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	106	75	86	74	60
b. spécialistes	80	64	82	61	67
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	186	139	168	135	127
15. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins qui ne participent pas (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
17. Services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement :					
a. nombre de services (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
b. paiements totaux ($)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
18. Services médicaux rémunérés à l'acte : [2]					
a. nombre de services (#)	65 532	60 581	59 542	57 363	46 368
b. paiements totaux ($)	3 336 866	3 548 457	3 112 661	2 863 075	2 380 746

Services médicaux assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
19. Nombre de services (#)	43 064	51 050	45 334	57 332	59 121
20. Paiements totaux ($)	2 674 445	2 955 996	2 816 282	3 471 307	3 623 163
Services médicaux assurés offerts à l'extérieur du Canada					
21. Nombre de services (#)	1	19	0	36	5
22. Paiements totaux ($)	8	1 519	0	2 459	1 105

Services chirurgicaux et dentaires assurés offerts dans la province ou le territoire	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
23. Nombre de dentistes participants (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
24. Nombre de services fournis (#)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
25. Paiements totaux ($)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

2. Le Nunavut ne rémunère pas les médecins à l'acte. La majorité des médecins sont plutôt rémunérés au moyen de salaires et d'autres méthodes. L'information sur les médecins salariés se trouve dans le système de facturation fictive. Les données incluent les factures fictives.

ANNEXE A

Loi canadienne sur la santé et Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs

La présente annexe offre au lecteur une codification administrative de la *Loi canadienne sur la santé* et du *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*. Une codification administrative est une interprétation de la loi initiale et comprend toute modification apportée depuis l'adoption de la *Loi*. Le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* est le seul règlement prévu par la *Loi*. En vertu de ce règlement, les provinces et les territoires doivent fournir une estimation des montants de la surfacturation et des frais modérateurs avant le début de chaque exercice financier afin que les pénalités appropriées puissent être perçues. Les provinces et les territoires doivent aussi présenter les états financiers indiquant les montants réels demandés afin de permettre le rapprochement avec les déductions réelles. Le règlement est également présenté sous forme de codification administrative. Cette codification, qui n'a aucune valeur officielle, était à jour en juin 2001.

CANADA

OFFICE CONSOLIDATION

CODIFICATION ADMINISTRATIVE

Canada Health Act

Loi canadienne sur la santé

R.S., 1985, c. C-6

L.R. (1985), ch. C-6

WARNING NOTE

Users of this office consolidation are reminded that it is prepared for convenience of reference only and that, as such, it has no official sanction.

AVERTISSEMENT

La présente codification administrative n'est préparée que pour la commodité du lecteur et n'a aucune valeur officielle.

CHAPTER C-6

An Act relating to cash contributions by Canada and relating to criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services

Preamble

Whereas the Parliament of Canada recognizes:

—that it is not the intention of the Government of Canada that any of the powers, rights, privileges or authorities vested in Canada or the provinces under the provisions of the *Constitution Act, 1867*, or any amendments thereto, or otherwise, be by reason of this Act abrogated or derogated from or in any way impaired;

—that Canadians, through their system of insured health services, have made outstanding progress in treating sickness and alleviating the consequences of disease and disability among all income groups;

—that Canadians can achieve further improvements in their well-being through combining individual lifestyles that emphasize fitness, prevention of disease and health promotion with collective action against the social, environmental and occupational causes of disease, and that they desire a system of health services that will promote physical and mental health and protection against disease;

—that future improvements in health will require the cooperative partnership of governments, health professionals, voluntary organizations and individual Canadians;

—that continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians;

And whereas the Parliament of Canada wishes to encourage the development of health serv-

CHAPITRE C-6

Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé

Considérant que le Parlement du Canada reconnaît : Préambule

que le gouvernement du Canada n'entend pas par la présente loi abroger les pouvoirs, droits, privilèges ou autorités dévolus au Canada ou aux provinces sous le régime de la *Loi constitutionnelle de 1867* et de ses modifications ou à tout autre titre, ni leur déroger ou porter atteinte,

que les Canadiens ont fait des progrès remarquables, grâce à leur système de services de santé assurés, dans le traitement des maladies et le soulagement des affections et déficiences parmi toutes les catégories socio-économiques,

que les Canadiens peuvent encore améliorer leur bien-être en joignant à un mode de vie individuel axé sur la condition physique, la prévention des maladies et la promotion de la santé, une action collective contre les causes sociales, environnementales ou industrielles des maladies et qu'ils désirent un système de services de santé qui favorise la santé physique et mentale et la protection contre les maladies,

que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens,

que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens;

ices throughout Canada by assisting the provinces in meeting the costs thereof;

Now, therefore, Her Majesty, by and with the advice and consent of the Senate and House of Commons of Canada, enacts as follows:

considérant en outre que le Parlement du Canada souhaite favoriser le développement des services de santé dans tout le pays en aidant les provinces à en supporter le coût,

Sa Majesté, sur l'avis et avec le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, édicte :

SHORT TITLE

Short title

1. This Act may be cited as the *Canada Health Act*.

1984, c. 6, s. 1.

TITRE ABRÉGÉ

1. *Loi canadienne sur la santé.* Titre abrégé

1984, ch. 6, art. 1.

INTERPRETATION

Definitions

2. In this Act,

"Act of 1977" [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

"cash contribution" *« contribution pécuniaire »*

"cash contribution" means the cash contribution in respect of the Canada Health and Social Transfer that may be provided to a province under subsections 15(1) and (4) of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*;

"contribution" [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

"dentist" *« dentiste »*

"dentist" means a person lawfully entitled to practise dentistry in the place in which the practice is carried on by that person;

"extended health care services" *« services complémentaires de santé »*

"extended health care services" means the following services, as more particularly defined in the regulations, provided for residents of a province, namely,

(*a*) nursing home intermediate care service,

(*b*) adult residential care service,

(*c*) home care service, and

(*d*) ambulatory health care service;

"extra-billing" *« surfacturation »*

"extra-billing" means the billing for an insured health service rendered to an insured person by a medical practitioner or a dentist in an amount in addition to any amount paid or to be paid for that service by the health care insurance plan of a province;

"health care insurance plan" *« régime d'assurance-santé »*

"health care insurance plan" means, in relation to a province, a plan or plans established by the law of the province to provide for insured health services;

"health care practitioner" *« professionnel de la santé »*

"health care practitioner" means a person lawfully entitled under the law of a province to provide health services in the place in which the services are provided by that person;

"hospital" *« hôpital »*

"hospital" includes any facility or portion thereof that provides hospital care, including

DÉFINITIONS

Définitions

2. Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

« assuré » "insured person"

« assuré » Habitant d'une province, à l'exception :

a) des membres des Forces canadiennes;

b) des membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade;

c) des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition;

d) des habitants de la province qui s'y trouvent depuis une période de temps inférieure au délai minimal de résidence ou de carence d'au plus trois mois imposé aux habitants par la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés.

« contribution » [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

« contribution pécuniaire » "cash contribution"

« contribution pécuniaire » La contribution au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux qui peut être versée à une province au titre des paragraphes 15(1) et (4) de la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces.

« dentiste » "dentist"

« dentiste » Personne légalement autorisée à exercer la médecine dentaire au lieu où elle se livre à cet exercice.

« frais modérateurs » *"user charge"*

« frais modérateurs » Frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation.

acute, rehabilitative or chronic care, but does not include

(*a*) a hospital or institution primarily for the mentally disordered, or

(*b*) a facility or portion thereof that provides nursing home intermediate care service or adult residential care service, or comparable services for children;

"hospital services" means any of the following services provided to in-patients or outpatients at a hospital, if the services are medically necessary for the purpose of maintaining health, preventing disease or diagnosing or treating an injury, illness or disability, namely,

(*a*) accommodation and meals at the standard or public ward level and preferred accommodation if medically required,

(*b*) nursing service,

(*c*) laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations,

(*d*) drugs, biologicals and related preparations when administered in the hospital,

(*e*) use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies,

(*f*) medical and surgical equipment and supplies,

(*g*) use of radiotherapy facilities,

(*h*) use of physiotherapy facilities, and

(*i*) services provided by persons who receive remuneration therefor from the hospital,

but does not include services that are excluded by the regulations;

"hospital services" *« services hospitaliers »*

"insured health services" means hospital services, physician services and surgical-dental services provided to insured persons, but does not include any health services that a person is entitled to and eligible for under any other Act of Parliament or under any Act of the legislature of a province that relates to workers' or workmen's compensation;

"insured health services" *« services de santé assurés »*

"insured person" means, in relation to a province, a resident of the province other than

« habitant » Personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.

« habitant » *"resident"*

« hôpital » Sont compris parmi les hôpitaux tout ou partie des établissements où sont fournis des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ainsi qu'en matière de réadaptation, à l'exception :

« hôpital » *"hospital"*

a) des hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux;

b) de tout ou partie des établissements où sont fournis des soins intermédiaires en maison de repos ou des soins en établissement pour adultes ou des soins comparables pour les enfants.

« loi de 1977 » [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

« médecin » Personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice.

« médecin » *"medical practitioner"*

« ministre » Le ministre de la Santé.

« ministre » *"Minister"*

« professionnel de la santé » Personne légalement autorisée en vertu de la loi d'une province à fournir des services de santé au lieu où elle les fournit.

« professionnel de la santé » *"health care practitioner"*

« régime d'assurance-santé » Le régime ou les régimes constitués par la loi d'une province en vue de la prestation de services de santé assurés.

« régime d'assurance-santé » *"health care insurance plan"*

« services complémentaires de santé » Les services définis dans les règlements et offerts aux habitants d'une province, à savoir :

« services complémentaires de santé » *"extended health care services"*

a) les soins intermédiaires en maison de repos;

b) les soins en établissement pour adultes;

c) les soins à domicile;

d) les soins ambulatoires.

« services de chirurgie dentaire » Actes de chirurgie dentaire nécessaires sur le plan médical ou dentaire, accomplis par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peuvent être accomplis convenablement qu'en un tel établissement.

« services de chirurgie dentaire » *"surgical-dental services"*

"insured person"
« *assuré* »

(*a*) a member of the Canadian Forces,

(*b*) a member of the Royal Canadian Mounted Police who is appointed to a rank therein,

(*c*) a person serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the *Penitentiary Act*, or

(*d*) a resident of the province who has not completed such minimum period of residence or waiting period, not exceeding three months, as may be required by the province for eligibility for or entitlement to insured health services;

"medical practitioner"
« *médecin* »

"medical practitioner" means a person lawfully entitled to practise medicine in the place in which the practice is carried on by that person;

"Minister"
« *ministre* »

"Minister" means the Minister of Health;

"physician services"
« *services médicaux* »

"physician services" means any medically required services rendered by medical practitioners;

"resident"
« *habitant* »

"resident" means, in relation to a province, a person lawfully entitled to be or to remain in Canada who makes his home and is ordinarily present in the province, but does not include a tourist, a transient or a visitor to the province;

"surgical-dental services"
« *services de chirurgie dentaire* »

"surgical-dental services" means any medically or dentally required surgical-dental procedures performed by a dentist in a hospital, where a hospital is required for the proper performance of the procedures;

"user charge"
« *frais modérateurs* »

"user charge" means any charge for an insured health service that is authorized or permitted by a provincial health care insurance plan that is not payable, directly or indirectly, by a provincial health care insurance plan, but does not include any charge imposed by extra-billing.

R.S., 1985, c. C-6, s. 2; 1992, c. 20, s. 216(F); 1995, c. 17, s. 34; 1996, c.8, s. 32; 1999, c. 26, s. 11.

CANADIAN HEALTH CARE POLICY

« services de santé assurés »
"insured health services"

« services de santé assurés » Services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés, à l'exception des services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d'une autre loi fédérale ou d'une loi provinciale relative aux accidents du travail.

« services hospitaliers »
"hospital services"

« services hospitaliers » Services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir :

a) l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée;

b) les services infirmiers;

c) les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;

d) les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital;

e) l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;

f) le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux;

g) l'usage des installations de radiothérapie;

h) l'usage des installations de physiothérapie;

i) les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers les services exclus par les règlements.

« services médicaux »
"physician services"

« services médicaux » Services médicalement nécessaires fournis par un médecin.

« surfacturation »
"extra-billing"

« surfacturation » Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 2; 1992, ch. 20, art. 216(F); 1995, ch. 17, art. 34; 1996, ch. 8, art. 32; 1999, ch. 26, art. 11.

Primary objective of Canadian health care policy

3. It is hereby declared that the primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers.

1984, c. 6, s. 3.

PURPOSE

Purpose of this Act

4. The purpose of this Act is to establish criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law that must be met before a full cash contribution may be made.

R.S., 1985, c. C-6, s. 4; 1995, c. 17, s. 35.

CASH CONTRIBUTION

Cash contribution

5. Subject to this Act, as part of the Canada Health and Social Transfer, a full cash contribution is payable by Canada to each province for each fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 5; 1995, c. 17, s. 36.

6. [Repealed, 1995, c. 17, s. 36]

PROGRAM CRITERIA

Program criteria

7. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, the health care insurance plan of the province must, throughout the fiscal year, satisfy the criteria described in sections 8 to 12 respecting the following matters:

(*a*) public administration;

(*b*) comprehensiveness;

(*c*) universality;

(*d*) portability; and

(*e*) accessibility.

1984, c. 6, s. 7.

Public administration

8. (1) In order to satisfy the criterion respecting public administration,

(*a*) the health care insurance plan of a province must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority appointed or designated by the government of the province;

POLITIQUE CANADIENNE DE LA SANTÉ

Objectif premier

3. La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre.

1984, ch. 6, art. 3.

RAISON D'ÊTRE

Raison d'être de la présente loi

4. La présente loi a pour raison d'être d'établir les conditions d'octroi et de versement d'une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 4; 1995, ch. 17, art. 35.

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE

Contribution pécuniaire

5. Sous réserve des autres dispositions de la présente loi, le Canada verse à chaque province, pour chaque exercice, une pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (ci-après, Transfert).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 5; 1995, ch. 17, art. 36.

6. [Abrogé, 1995, ch. 17, art. 36]

CONDITIONS D'OCTROI

Règle générale

7. Le versement à une province, pour un exercice, de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujetti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire, pendant tout cet exercice, aux conditions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant à :

a) la gestion publique;

b) l'intégralité;

c) l'universalité;

d) la transférabilité;

e) l'accessibilité.

1984, ch. 6, art. 7.

Gestion publique

8. (1) La condition de gestion publique suppose que :

a) le régime provincial d'assurance-santé soit géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province;

b) l'autorité publique soit responsable devant le gouvernement provincial de cette gestion;

(*b*) the public authority must be responsible to the provincial government for that administration and operation; and

(*c*) the public authority must be subject to audit of its accounts and financial transactions by such authority as is charged by law with the audit of the accounts of the province.

Designation of agency permitted

(2) The criterion respecting public administration is not contravened by reason only that the public authority referred to in subsection (1) has the power to designate any agency

(*a*) to receive on its behalf any amounts payable under the provincial health care insurance plan; or

(*b*) to carry out on its behalf any responsibility in connection with the receipt or payment of accounts rendered for insured health services, if it is a condition of the designation that all those accounts are subject to assessment and approval by the public authority and that the public authority shall determine the amounts to be paid in respect thereof.

1984, c. 6, s. 8.

Comprehensiveness

9. In order to satisfy the criterion respecting comprehensiveness, the health care insurance plan of a province must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners or dentists, and where the law of the province so permits, similar or additional services rendered by other health care practitioners.

1984, c. 6, s. 9.

Universality

10. In order to satisfy the criterion respecting universality, the health care insurance plan of a province must entitle one hundred per cent of the insured persons of the province to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions.

1984, c. 6, s. 10.

Portability

11. (1) In order to satisfy the criterion respecting portability, the health care insurance plan of a province

(*a*) must not impose any minimum period of residence in the province, or waiting period, in excess of three months before residents of the province are eligible for or entitled to insured health services;

(*b*) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment of amounts for the cost of insured health servic-

c) l'autorité publique soit assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières par l'autorité chargée par la loi de la vérification des comptes de la province.

Désignation d'un mandataire

(2) La condition de gestion publique n'est pas enfreinte du seul fait que l'autorité publique visée au paragraphe (1) a le pouvoir de désigner un mandataire chargé :

a) soit de recevoir en son nom les montants payables au titre du régime provincial d'assurance-santé;

b) soit d'exercer en son nom les attributions liées à la réception ou au règlement des comptes remis pour prestation de services de santé assurés si la désignation est assujettie à la vérification et à l'approbation par l'autorité publique des comptes ainsi remis et à la détermination par celle-ci des montants à payer à cet égard.

1984, ch. 6, art. 8.

Intégralité

9. La condition d'intégralité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.

1984, ch. 6, art. 9.

Universalité

10. La condition d'universalité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.

1984, ch. 6, art. 10.

Transférabilité

11. (1) La condition de transférabilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) n'impose pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux habitants de la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés;

es provided to insured persons while temporarily absent from the province on the basis that

(i) where the insured health services are provided in Canada, payment for health services is at the rate that is approved by the health care insurance plan of the province in which the services are provided, unless the provinces concerned agree to apportion the cost between them in a different manner, or

(ii) where the insured health services are provided out of Canada, payment is made on the basis of the amount that would have been paid by the province for similar services rendered in the province, with due regard, in the case of hospital services, to the size of the hospital, standards of service and other relevant factors; and

(*c*) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment, during any minimum period of residence, or any waiting period, imposed by the health care insurance plan of another province, of the cost of insured health services provided to persons who have ceased to be insured persons by reason of having become residents of that other province, on the same basis as though they had not ceased to be residents of the province.

(2) The criterion respecting portability is not contravened by a requirement of a provincial health care insurance plan that the prior consent of the public authority that administers and operates the plan must be obtained for elective insured health services provided to a resident of the province while temporarily absent from the province if the services in question were available on a substantially similar basis in the province.

Requirement for consent for elective insured health services permitted

(3) For the purpose of subsection (2), "elective insured health services" means insured health services other than services that are provided in an emergency or in any other circumstance in which medical care is required without delay.

Definition of "elective insured health services"

1984, c. 6, s. 11.

12. (1) In order to satisfy the criterion respecting accessibility, the health care insurance plan of a province

Accessibility

b) prévoie et que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour le coût des services de santé assurés fournis à des assurés temporairement absents de la province :

(i) si ces services sont fournis au Canada, selon le taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province où ils sont fournis, sauf accord de répartition différente du coût entre les provinces concernées,

(ii) s'il sont fournis à l'étranger, selon le montant qu'aurait versé la province pour des services semblables fournis dans la province, compte tenu, s'il s'agit de services hospitaliers, de l'importance de l'hôpital, de la qualité des services et des autres facteurs utiles;

c) prévoie et que ses modalités d'application assurent la prise en charge, pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par le régime d'assurance-santé d'une autre province, du coût des services de santé assurés fournis aux personnes qui ne sont plus assurées du fait qu'elles habitent cette province, dans les mêmes conditions que si elles habitaient encore leur province d'origine.

(2) La condition de transférabilité n'est pas enfreinte du fait qu'il faut, aux termes du régime d'assurance-santé d'une province, le consentement préalable de l'autorité publique qui le gère pour la prestation de services de santé assurés facultatifs à un habitant temporairement absent de la province, si ces services y sont offerts selon des modalités sensiblement comparables.

Consentement préalable à la prestation des services de santé assurés facultatifs

(3) Pour l'application du paragraphe (2), « services de santé assurés facultatifs » s'entend des services de santé assurés, à l'exception de ceux qui sont fournis d'urgence ou dans d'autres circonstances où des soins médicaux sont requis sans délai.

Définition de «services de santé assurés facultatifs»

1984, ch. 6, art. 11.

12. (1) La condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

Accessibilité

(*a*) must provide for insured health services on uniform terms and conditions and on a basis that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to those services by insured persons;

(*b*) must provide for payment for insured health services in accordance with a tariff or system of payment authorized by the law of the province;

(*c*) must provide for reasonable compensation for all insured health services rendered by medical practitioners or dentists; and

(*d*) must provide for the payment of amounts to hospitals, including hospitals owned or operated by Canada, in respect of the cost of insured health services.

Reasonable compensation

(2) In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph (1)(c) shall be deemed to be complied with if the province has chosen to enter into, and has entered into, an agreement with the medical practitioners and dentists of the province that provides

(*a*) for negotiations relating to compensation for insured health services between the province and provincial organizations that represent practising medical practitioners or dentists in the province;

(*b*) for the settlement of disputes relating to compensation through, at the option of the appropriate provincial organizations referred to in paragraph (a), conciliation or binding arbitration by a panel that is equally representative of the provincial organizations and the province and that has an independent chairman; and

(*c*) that a decision of a panel referred to in paragraph (*b*) may not be altered except by an Act of the legislature of the province.

1984, c. 6, s. 12.

CONDITIONS FOR CASH CONTRIBUTION

Conditions

13. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5, the government of the province

(*a*) shall, at the times and in the manner prescribed by the regulations, provide the Minister with such information, of a type prescribed by the regulations, as the Minister may reasonably require for the purposes of this Act; and

a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services;

b) prévoie la prise en charge des services de santé assurés selon un tarif ou autre mode de paiement autorisé par la loi de la province;

c) prévoie une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;

d) prévoie le versement de montants aux hôpitaux, y compris les hôpitaux que possède ou gère le Canada, à l'égard du coût des services de santé assurés.

Rémunération raisonnable

(2) Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est réputé être satisfait à l'alinéa (1)c) si la province a choisi de conclure un accord et a effectivement conclu un accord avec ses médecins et dentistes prévoyant :

a) la tenue de négociations sur la rémunération des services de santé assurés entre la province et les organisations provinciales représentant les médecins ou dentistes qui exercent dans la province;

b) le règlement des différends concernant la rémunération par, au choix des organisations provinciales compétentes visées à l'alinéa a), soit la conciliation soit l'arbitrage obligatoire par un groupe représentant également les organisations provinciales et la province et ayant un président indépendant;

c) l'impossibilité de modifier la décision du groupe visé à l'alinéa b), sauf par une loi de la province.

1984, ch. 6, art. 12.

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE ASSUJETTIE À DES CONDITIONS

Obligations de la province

13. Le versement à une province de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujetti à l'obligation pour le gouvernement de la province :

a) de communiquer au ministre, selon les modalités de temps et autres prévues par les règlements, les renseignements du genre

(*b*) shall give recognition to the Canada Health and Social Transfer in any public documents, or in any advertising or promotional material, relating to insured health services and extended health care services in the province.

R.S., 1985, c. C-6, s. 13; 1995, c. 17, s. 37.

DEFAULTS

Referral to Governor in Council

14. (1) Subject to subsection (3), where the Minister, after consultation in accordance with subsection (2) with the minister responsible for health care in a province, is of the opinion that

(*a*) the health care insurance plan of the province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12, or

(*b*) the province has failed to comply with any condition set out in section 13,

and the province has not given an undertaking satisfactory to the Minister to remedy the default within a period that the Minister considers reasonable, the Minister shall refer the matter to the Governor in Council.

Consultation process

(2) Before referring a matter to the Governor in Council under subsection (1) in respect of a province, the Minister shall

(*a*) send by registered mail to the minister responsible for health care in the province a notice of concern with respect to any problem foreseen;

(*b*) seek any additional information available from the province with respect to the problem through bilateral discussions, and make a report to the province within ninety days after sending the notice of concern; and

(*c*) if requested by the province, meet within a reasonable period of time to discuss the report.

Where no consultation can be achieved

(3) The Minister may act without consultation under subsection (1) if the Minister is of the opinion that a sufficient time has expired after reasonable efforts to achieve consultation and that consultation will not be achieved.

1984, c. 6, s. 14.

Order reducing or withholding contribution

15. (1) Where, on the referral of a matter under section 14, the Governor in Council is of the opinion that the health care insurance plan of a province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12 or that a province has failed to comply with

prévu aux règlements, dont celui-ci peut normalement avoir besoin pour l'application de la présente loi;

b) de faire état du Transfert dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 13; 1995, ch. 17, art. 37.

MANQUEMENTS

Renvoi au gouverneur en conseil

14. (1) Sous réserve du paragraphe (3), dans le cas où il estime, après avoir consulté conformément au paragraphe (2) son homologue chargé de la santé dans une province :

a) soit que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12;

b) soit que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13,

et que celle-ci ne s'est pas engagée de façon satisfaisante à remédier à la situation dans un délai suffisant, le ministre renvoie l'affaire au gouverneur en conseil.

Étapes de la consultation

(2) Avant de renvoyer une affaire au gouverneur en conseil conformément au paragraphe (1) relativement à une province, le ministre :

a) envoie par courrier recommandé à son homologue chargé de la santé dans la province un avis sur tout problème éventuel;

b) tente d'obtenir de la province, par discussions bilatérales, tout renseignement additionnel disponible sur le problème et fait rapport à la province dans les quatre-vingt-dix jours suivant l'envoi de l'avis;

c) si la province le lui demande, tient une réunion dans un délai acceptable afin de discuter du rapport.

Impossibilité de consultation

(3) Le ministre peut procéder au renvoi prévu au paragraphe (1) sans consultation préalable s'il conclut à l'impossibilité d'obtenir cette consultation malgré des efforts sérieux déployés à cette fin au cours d'un délai convenable.

1984, ch. 6, art. 14.

Décret de réduction ou de retenue

15. (1) Si l'affaire lui est renvoyée en vertu de l'article 14 et qu'il estime que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou que la province ne s'est pas conformée aux

any condition set out in section 13, the Governor in Council may, by order,

(*a*) direct that any cash contribution to that province for a fiscal year be reduced, in respect of each default, by an amount that the Governor in Council considers to be appropriate, having regard to the gravity of the default; or

(*b*) where the Governor in Council considers it appropriate, direct that the whole of any cash contribution to that province for a fiscal year be withheld.

Amending orders

(2) The Governor in Council may, by order, repeal or amend any order made under subsection (1) where the Governor in Council is of the opinion that the repeal or amendment is warranted in the circumstances.

Notice of order

(3) A copy of each order made under this section together with a statement of any findings on which the order was based shall be sent forthwith by registered mail to the government of the province concerned and the Minister shall cause the order and statement to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the order is made.

Commencement of order

(4) An order made under subsection (1) shall not come into force earlier than thirty days after a copy of the order has been sent to the government of the province concerned under subsection (3).

R.S., 1985, c. C-6, s. 15; 1995, c. 17, s. 38.

Reimposition of reductions or withholdings

16. In the case of a continuing failure to satisfy any of the criteria described in sections 8 to 12 or to comply with any condition set out in section 13, any reduction or withholding under section 15 of a cash contribution to a province for a fiscal year shall be reimposed for each succeeding fiscal year as long as the Minister is satisfied, after consultation with the minister responsible for health care in the province, that the default is continuing.

R.S., 1985, c. C-6, s. 16; 1995, c. 17, s. 39.

When reduction or withholding imposed

17. Any reduction or withholding under section 15 or 16 of a cash contribution may be imposed in the fiscal year in which the default that gave rise to the reduction or withholding occurred or in the following fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 17; 1995, c. 17, s. 39.

EXTRA-BILLING AND USER CHARGES

conditions visées à l'article 13, le gouverneur en conseil peut, par décret :

a) soit ordonner, pour chaque manquement, que la contribution pécuniaire d'un exercice à la province soit réduite du montant qu'il estime indiqué, compte tenu de la gravité du manquement;

b) soit, s'il l'estime indiqué, ordonner la retenue de la totalité de la contribution pécuniaire d'un exercice à la province.

Modification des décrets

(2) Le gouverneur en conseil peut, par décret, annuler ou modifier un décret pris en vertu du paragraphe (1) s'il l'estime justifié dans les circonstances.

Avis

(3) Le texte de chaque décret pris en vertu du présent article de même qu'un exposé des motifs sur lesquels il est fondé sont envoyés sans délai par courrier recommandé au gouvernement de la province concernée: le ministre fait déposer le texte du décret et celui de l'exposé devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant la prise du décret.

Entrée en vigueur du décret

(4) Un décret pris en vertu du paragraphe (1) ne peut entrer en vigueur que trente jours après l'envoi au gouvernement de la province concernée du texte du décret aux termes du paragraphe (3).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 15; 1995, ch. 17, art. 38.

Nouvelle application des réductions ou retenues

16. En cas de manquement continu aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou à l'article 13, les réductions ou retenues de la contribution pécuniaire à une province déjà appliquées pour un exercice en vertu de l'article 15 lui sont appliquées de nouveau pour chaque exercice ultérieur où le ministre estime, après consultation de son homologue chargé de la santé dans la province, que le manquement se continue.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 16; 1995, ch. 17, art. 39.

Application aux exercices ultérieurs

17. Toute réduction ou retenue d'une contribution pécuniaire visée aux articles 15 ou 16 peut être appliquée pour l'exercice où le manquement à son origine a eu lieu ou pour l'exercice suivant.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 17; 1995, ch. 17, art. 39.

SURFACTURATION ET FRAIS MODÉRATEURS

Extra-billing

18. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, no payments may be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province in respect of insured health services that have been subject to extra-billing by medical practitioners or dentists.

1984, c. 6, s. 18.

User charges

19. (1) In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, user charges must not be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province.

Limitation

(2) Subsection (1) does not apply in respect of user charges for accommodation or meals provided to an in-patient who, in the opinion of the attending physician, requires chronic care and is more or less permanently resident in a hospital or other institution.

1984, c. 6, s. 19.

Deduction for extra-billing

20. (1) Where a province fails to comply with the condition set out in section 18, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged through extra-billing by medical practitioners or dentists in the province in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.

Deduction for user charges

(2) Where a province fails to comply with the condition set out in section 19, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged in the province in respect of user charges to which section 19 applies in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.

Consultation with province

(3) The Minister shall not estimate an amount under subsection (1) or (2) without first undertaking to consult the minister responsible for health care in the province concerned.

Surfacturation

18. Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes.

1984, ch. 6, art. 18.

Frais modérateurs

19. (1) Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pour cet exercice l'imposition d'aucuns frais modérateurs.

Réserve

(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas aux frais modérateurs imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, souffre d'une maladie chronique et séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital ou dans une autre institution.

1984, ch. 6, art. 19.

Déduction en cas de surfacturation

20. (1) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 18, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total de la surfacturation effectuée par les médecins ou les dentistes dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Déduction en cas de frais modérateurs

(2) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 19, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total des frais modérateurs assujettis à l'article 19 imposés dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Consultation de la province

(3) Avant d'estimer un montant visé au paragraphe (1) ou (2), le ministre se charge de consulter son homologue responsable de la santé dans la province concernée.

Separate accounting in Public Accounts

(4) Any amount deducted under subsection (1) or (2) from a cash contribution in any of the three consecutive fiscal years the first of which commences on April 1, 1984 shall be accounted for separately in respect of each province in the Public Accounts for each of those fiscal years in and after which the amount is deducted.

Comptabilisation

(4) Les montants déduits d'une contribution pécuniaire en vertu des paragraphes (1) ou (2) pendant les trois exercices consécutifs dont le premier commence le 1er avril 1984 sont comptabilisés séparément pour chaque province dans les comptes publics pour chacun de ces exercices pendant et après lequel le montant a été déduit.

Refund to province

(5) Where, in any of the three fiscal years referred to in subsection (4), extra-billing or user charges have, in the opinion of the Minister, been eliminated in a province, the total amount deducted in respect of extra-billing or user charges, as the case may be, shall be paid to the province.

Remboursement à la province

(5) Si, de l'avis du ministre, la surfacturation ou les frais modérateurs ont été supprimés dans une province pendant l'un des trois exercices visés au paragraphe (4), il est versé à cette dernière le montant total déduit à l'égard de la surfacturation ou des frais modérateurs, selon le cas.

Saving

(6) Nothing in this section restricts the power of the Governor in Council to make any order under section 15.

Réserve

(6) Le présent article n'a pas pour effet de limiter le pouvoir du gouverneur en conseil de prendre le décret prévu à l'article 15.

1984, c. 6, s. 20.

1984, ch. 6, art. 20.

When deduction made

21. Any deduction from a cash contribution under section 20 may be made in the fiscal year in which the matter that gave rise to the deduction occurred or in the following two fiscal years.

Application aux exercices ultérieurs

21. Toute déduction d'une contribution pécuniaire visée à l'article 20 peut être appliquée pour l'exercice où le fait à son origine a eu lieu ou pour les deux exercices suivants.

1984, c. 6, s. 21.

1984, ch. 6, art. 21.

REGULATIONS

RÈGLEMENTS

Regulations

22. (1) Subject to this section, the Governor in Council may make regulations for the administration of this Act and for carrying its purposes and provisions into effect, including, without restricting the generality of the foregoing, regulations

Règlements

22. (1) Sous réserve des autres dispositions du présent article, le gouverneur en conseil peut, par règlement, prendre toute mesure d'application de la présente loi et, notamment :

(*a*) defining the services referred to in paragraphs (*a*) to (*d*) of the definition "extended health care services" in section 2;

a) définir les services visés aux alinéas *a*) à *d*) de la définition de «services complémentaires de santé» à l'article 2;

(*b*) prescribing the services excluded from hospital services;

b) déterminer les services exclus des services hospitaliers;

(*c*) prescribing the types of information that the Minister may require under paragraph 13(a) and the times at which and the manner in which that information shall be provided; and

c) déterminer les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre en vertu de l'alinéa 13a) et fixer les modalités de temps et autres de leur communication;

(*d*) prescribing the manner in which recognition to the Canada Health and Social Transfer is required to be given under paragraph 13(b).

d) prévoir la façon dont il doit être fait état du Transfert en vertu de l'alinéa 13b).

Agreement of provinces

(2) Subject to subsection (3), no regulation may be made under paragraph (1)(a) or (b) except with the agreement of each of the provinces.

Consentement des provinces

(2) Sous réserve du paragraphe (3), il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)a) ou b) qu'avec l'accord de chaque province.

Exception

(3) Subsection (2) does not apply in respect of regulations made under paragraph (1)(a) if they are substantially the same as regulations made under the Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act, as it read immediately before April 1, 1984.

Consultation with provinces

(4) No regulation may be made under paragraph (1)(c) or (d) unless the Minister has first consulted with the ministers responsible for health care in the provinces.

R.S., 1985, c. C-6, s. 22; 1995, c. 17, s. 40.

REPORT TO PARLIAMENT

Annual report by Minister

23. The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed.

1984, c. 6, s. 23.

Exception

(3) Le paragraphe (2) ne s'applique pas aux règlements pris en vertu de l'alinéa (1)a) s'ils sont sensiblement comparables aux règlements pris en vertu de la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, dans sa version précédant immédiatement le 1er avril 1984.

Consultation des provinces

(4) Il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)c) ou d) que si le ministre a au préalable consulté ses homologues chargés de la santé dans les provinces.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 22; 1995, ch. 17, art. 40.

RAPPORT AU PARLEMENT

Rapport annuel du ministre

23. Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement.

1984, ch. 6, art. 23.

OFFICE CONSOLIDATION

CODIFICATION ADMINISTRATIVE

Extra-billing and User Charges Information Regulations

Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs

SOR/86-259

DORS/86-259

WARNING NOTE

Users of this office consolidation are reminded that it is prepared for convenience of reference only and that, as such, it has no official sanction.

AVERTISSEMENT

La présente codification administrative n'est préparée que pour la commodité du lecteur et n'a aucune valeur officielle.

REGULATIONS PRESCRIBING THE TYPES OF INFORMATION THAT THE MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE MAY REQUIRE UNDER PARAGRAPH 13(a) OF THE CANADA HEALTH ACT IN RESPECT OF EXTRA-BILLING AND USER CHARGES AND THE TIMES AT WHICH AND THE MANNER IN WHICH SUCH INFORMATION SHALL BE PROVIDED BY THE GOVERNMENT OF EACH PROVINCE

SHORT TITLE

1. These Regulations may be cited as the Extra-billing and User Charges Information Regulations.

INTERPRETATION

2. In these Regulations,

"Act" means the *Canada Health Act*; (*Loi*)

"Minister" means the Minister of National Health and Welfare; (*ministre*)

"fiscal year" means the period beginning on April 1 in one year and ending on March 31 in the following year. (*exercice*)

TYPES OF INFORMATION

3. For the purposes of paragraph 13(a) of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to extra-billing in the province in a fiscal year:

(*a*) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and

(*b*) a financial statement showing the aggregate amount actually charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

4. For the purposes of paragraph 13(a) of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to user charges in the province in a fiscal year:

(*a*) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and

(*b*) a financial statement showing the aggregate amount actually charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

RÈGLEMENT DÉTERMINANT LES GENRES DE RENSEIGNEMENTS DONT PEUT AVOIR BESOIN LE MINISTRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL EN VERTU DE L'ALINÉA 13a) DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ QUANT À LA SURFACTURATION ET AUX FRAIS MODÉRATEURS ET FIXANT LES MODALITÉS DE TEMPS ET LES AUTRES MODALITÉS DE LEUR COMMUNICATION PAR LE GOUVERNEMENT DE CHAQUE PROVINCE

TITRE ABRÉGÉ

1. Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs.

DÉFINITIONS

2. Les définitions qui suivent s'appliquent au présent règlement.

« exercice » La période commençant le 1er avril d'une année et se terminant le 31 mars de l'année suivante. (*fiscal year*)

« Loi » *La Loi canadienne sur la santé*. (*Act*)

« ministre » Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. (*Minister*)

GENRE DE RENSEIGNEMENTS

3. Pour l'application de l'alinéa 13a) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants de la surfacturation pratiquée dans la province au cours d'un exercice :

a) une estimation du montant total de la surfacturation, à la date de l'estimation, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;

b) un état financier indiquant le montant total de la surfacturation effectivement imposée, accompagné d'une explication de la façon dont cet état a été établi.

4. Pour l'application de l'alinéa 13a) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants des frais modérateurs imposés dans la province au cours d'un exercice :

a) une estimation du montant total, à la date de l'estimation, des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;

b) un état financier indiquant le montant total des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi effectivement imposés dans la province, accompagné d'une explication de la façon dont le bilan a été établi.

TIMES AND MANNER OF FILING INFORMATION

5. (1) The government of a province shall provide the Minister with such information, of the types prescribed by sections 3 and 4, as the Minister may reasonably require, at the following times:

(*a*) in respect of the estimates referred to in paragraphs 3(*a*) and 4(*a*), before April 1 of the fiscal year to which they relate; and

(*b*) in respect of the financial statements referred to in paragraphs 3(*b*) and 4(*b*), before the sixteenth day of the twenty-first month following the end of the fiscal year to which they relate.

(2) The government of a province may, at its discretion, provide the Minister with adjustments to the estimates referred to in paragraphs 3(*a*) and 4(*a*) before February 16 of the fiscal year to which they relate.

(3) The information referred to in subsections (1) and (2) shall be transmitted to the Minister by the most practical means of communication.

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS

5. (1) Le gouvernement d'une province doit communiquer au ministre les renseignements visés aux articles 3 et 4, dont le ministre peut normalement avoir besoin, selon l'échéancier suivant :

a) pour les estimations visées aux alinéas 3*a*) et 4*a*), avant le 1er avril de l'exercice visé par ces estimations;

b) pour les états financiers visés aux alinéas 3*b*) et 4*b*), avant le seizième jour du vingt et unième mois qui suit la fin de l'exercice visé par ces états.

(2) Le gouvernement d'une province peut, à sa discrétion, fournir au ministre des ajustements aux estimations prévues aux alinéas 3a) et 4a), avant le 16 février de l'année financière visée par ces estimations.

(3) Les renseignements visés aux paragraphes (1) et (2) doivent être expédiés au ministre par le moyen de communication le plus pratique.

ANNEXE B

Énoncés de politiques liées à la Loi canadienne sur la santé

Il existe deux énoncés de politiques qui précisent la position du gouvernement fédéral concernant la *Loi canadienne sur la santé*. Ces énoncés ont été présentés sous forme de lettres ministérielles par d'anciens ministres fédéraux de la Santé à leurs homologues provinciaux et territoriaux.

Lettre « Epp »

En juin 1985, environ un an après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* au Parlement, le ministre fédéral de la Santé d'alors, Jake Epp, écrivait à ses homologues provinciaux et territoriaux afin de leur exposer et de confirmer la position fédérale sur l'interprétation et la mise en oeuvre de la *Loi canadienne sur la santé*.

La lettre du ministre Epp faisait suite à plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires. La lettre présente les énoncés de politique générale fédérale qui clarifient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la LCS. Ces éclaircissements ont été utilisés par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la loi. La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la *Loi*.

Politique fédérale sur les cliniques privées

Entre février et décembre 1994 a eu lieu une série de sept réunions fédérales-provinciales-territoriales portant uniquement ou en partie sur les établissements privés. Il était question de la multiplication des cliniques privées offrant des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients, et de leurs conséquences sur le système canadien de soins de santé universel et financé par l'État.

Lors de la réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé, tenue à Halifax en septembre 1994, tous les ministres présents, à l'exception de celui de l'Alberta, ont convenu de « prendre les mesures qui s'imposaient pour réglementer le développement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, la ministre de la Santé, Diane Marleau, a écrit aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées. La lettre de la ministre présentait l'interprétation fédérale de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicaux nécessaires dans une clinique privée. La lettre stipulait aussi que la définition d'« hôpital » de la *Loi canadienne sur la santé* comprend tout établissement public qui offre des soins actifs, de longue durée et de réadaptation. Ainsi, lorsqu'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé paye les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire offert dans une clinique privée, il doit également payer les frais d'établissement ou s'attendre à ce qu'une retenue soit faite sur les paiements de transfert du gouvernement fédéral.

[Voici le texte de la lettre envoyée le 15 juillet 1985 au ministre des Affaires sociales du Québec par l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé et du Bien-être social. (Nota : le ministre Epp a envoyé une lettre identique en anglais aux autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé le 18 juin 1985.)]

Le 15 juillet 1985

OTTAWA, K1A 0K9

Monsieur le Ministre,

Maintenant que j'ai terminé ma ronde de consultations bilatérales au cours des derniers mois avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, de même que lors de la rencontre de Winnipeg les 16 et 17 mai, j'aimerais confirmer mes intentions relativement à l'interprétation et à la mise en oeuvre de la *Loi canadienne sur la santé*. J'apprécierais plus particulièrement que vous me fassiez connaître par écrit vos vues au sujet des projets de règlements ci-joints afin que je puisse prendre les mesures nécessaires pour assurer leur promulgation dès que possible. Aussi, je vous écrirai plus longuement concernant les informations dont j'aurai besoin pour préparer le rapport annuel que je dois soumettre au Parlement.

Tel que souligné lors de notre réunion à Winnipeg, j'entends respecter la compétence des provinces pour tout ce qui touche à la santé et à la prestation des services de santé. Je sais, par conviction et par expérience, qu'on peut accomplir davantage dans l'harmonie et la collaboration que dans la discorde et l'affrontement.

En ce qui a trait à la *Loi canadienne sur la santé*, la conclusion qui s'impose à moi, à la suite de nos entretiens, c'est que nous sommes tous au même titre les dépositaires de la confiance du public et que nous nous sommes tous promis de conserver un système d'assurance-santé universel, complet, accessible et transférable, géré par un organisme public à l'avantage de tous les habitants du Canada, et que nous allons l'améliorer si c'est possible.

Nos échanges ont renforcé la conviction que j'avais déjà, à savoir que vous avez besoin de suffisamment de latitude et de souplesse administrative pour faire fonctionner vos régimes d'assurance-santé. Vous connaissez bien mieux que moi les besoins et les priorités des habitants de vos provinces par rapport aux facteurs géographiques et économiques. Il est essentiel, par ailleurs, que les provinces assument la responsabilité qui leur incombe en premier d'assurer les services de santé.

J'ai eu en même temps le sentiment que les provinces désirent que le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle concret, tant sur le plan monétaire qu'autrement, afin de les aider dans leurs efforts pour tenter de réaliser les objectifs fondamentaux du système de soins: protéger, favoriser et restaurer le bien-être physique et mental des Canadiens. En tant que groupe, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé acceptent l'existence d'une association coopérative avec le gouvernement fédéral basée d'abord sur les contributions que ce dernier verse au titre des soins et des services complémentaires de santé assurés.

Je dirais peut-être aussi que la *Loi canadienne sur la santé* ne constitue pas la réponse aux défis devant lesquels nous nous trouvons pour ce qui est de l'appareil de santé. Il me tarde de travailler avec vous dans un esprit de collaboration afin que nous puissions relever des défis comme l'évolution rapide de la technologie médicale et le vieillissement de la population, et que nous arrivions à définir des stratégies de promotion de la santé ainsi que d'autres formules pour assurer les soins.

Pour revenir à la tâche immédiate que représente l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, je veux établir quelques énoncés raisonnablement complets de politique générale fédérale, à commencer par chacun des critères contenus dans la mesure législative.

Gestion publique

Le critère de la gestion publique est généralement accepté. Le but est de laisser la gestion des régimes provinciaux d'assurance-santé à une autorité publique, responsable devant le gouvernement provincial des décisions prises au sujet des seuils de prestations et des services, et assujettie à la vérification de ses dossiers et de ses comptes par une autorité publique.

Intégralité

La *Loi canadienne sur la santé* n'a pas pour but d'étendre ou de réduire la gamme de services assurés prévue dans l'ancienne législation fédérale. Sont compris dans les services assurés les soins hospitaliers nécessaires de l'avis d'un médecin, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire qui doivent obligatoirement être dispensés à l'hôpital. Les régimes provinciaux doivent couvrir le coût des services aux malades hospitalisés et des services aux malades externes associés à la prestation des soins actifs, des soins de réadaptation et des soins aux malades chroniques. Pour ce qui est des services médicaux, les services assurés englobent généralement les services exigés pour des raisons médicales dispensés par des médecins autorisés de même que les interventions de chirurgie dentaire qui exigent l'hôpital pour être pratiquées comme il se doit. Les services dispensés par les autres professionnels des soins, sauf ceux qui doivent fournir les services hospitaliers nécessaires, ne sont pas assujettis aux critères de la loi.

À l'intérieur de ces paramètres généraux, les provinces, de même que les médecins, ont le privilège et aussi la responsabilité de dire en quoi consistent les services médicaux nécessaires pour des raisons médicales. Ce sont aussi les provinces qui déterminent quels hôpitaux et quels services hospitaliers sont exigés pour fournir les soins actifs, les soins de réadaptation ou les soins aux malades chroniques.

Universalité

Le but de la *Loi canadienne sur la santé* est de garantir que tous les habitants reconnus d'une province on droit à la protection et aux prestations en vertu d'un des douze régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé. Cependant les résidents éligibles ont la latitude et peuvent élire de ne pas adhérer au régime provincial.

L'accord sur l'admissibilité et la transférabilité fournit des directives utiles pour établir le domicile et déterminer les modalités qui permettent d'obtenir et de conserver la protection. Les dispositions en sont compatibles avec celles de la loi.

Je veux dire quelques mots au sujet des primes. Les provinces ont incontestablement le droit de prélever des impôts et la *Loi canadienne sur la santé* n'entrave pas ce droit. La loi n'interdit pas le système de primes en soi, pourvu que le régime provincial d'assurance-santé soit appliqué et géré de manière à ne pas refuser la protection ou empêcher l'accès aux services hospitaliers et aux services médicaux nécessaires pour les habitants reconnus d'une province. Les modalités administratives devraient être telles que les habitants ne soient pas privés de la protection parce qu'ils sont incapables de payer les primes.

Je suis conscient des problèmes auxquels font face certaines provinces dans le cas des touristes et des visiteurs qui peuvent avoir besoin de services de santé pendant leur séjour au Canada. Avec mes collègues du Cabinet, le ministre des Affaires extérieures et la ministre de l'Emploi et de l'Immigration, je veux effectuer un examen de ce qui se fait actuellement pour que tous les moyens soient pris afin d'informer les visiteurs éventuels de la nécessité de se protéger en se procurant une assurance-santé suffisante avant d'entrer au Canada.

En somme, je crois qu'en notre qualité de ministres de la Santé, nous avons tous l'obligation de poursuivre l'objectif, autrement dit, faire en sorte que toutes les personnes dûment domiciliées dans une province obtiennent et conservent le droit aux services assurés, et cela selon des modalités uniformes.

Transférabilité

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la transférabilité visent à fournir aux assurés une protection ininterrompue en vertu de leur régime d'assurance-santé quand ils s'absentent temporairement de la province où ils sont domiciliés ou quand ils se déplacent d'une province à une autre. Pendant un séjour temporaire dans une autre province, les habitants reconnus d'une province ne devraient pas être obligés de payer de leur poche pour obtenir les services hospitaliers ou médicaux nécessaires. Les fournisseurs de soins devraient avoir l'assurance de toucher des montants raisonnables à l'égard du coût de ces services.

Quant aux services assurés reçus pendant un séjour à l'étranger, le but est de garantir une indemnisation raisonnable au titre des services hospitaliers ou médicaux d'urgence qui sont nécessaires ou des services prescrits qui n'existent pas dans une province ou dans les provinces voisines. En général, les formules de paiement rattachées aux indemnités qui auraient été versées au titre des mêmes services dispensés dans une province pourraient être acceptées pour les besoins de la *Loi canadienne sur la santé.*

Dans mes entretiens avec les ministres provinciaux et territoriaux, j'ai senti un désir d'arriver aux objectifs souhaités en matière de transférabilité et de réduire au minimum les difficultés que les Canadiens peuvent rencontrer quand ils se déplacent au Canada. Je crois que les ministres de la Santé des provinces et des territoires sont tous désireux de voir à ce que ces services soient fournis de façon plus efficace et d'une manière plus économique pour que les Canadiens puissent conserver leur protection d'assurance-santé ou obtenir les prestations ou les services sans empêchement indu.

Des progrès appréciables ont été réalisés ces dernières années grâce aux accords de réciprocité qui permettent d'atteindre les objectifs de transférabilité visés par la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui a trait à la protection à l'intérieur du Canada. Ces accords ne font pas obstacle aux droits et privilèges des provinces quand il s'agit de déterminer quels sont les services rendus dans une autre province et d'en prévoir l'indemnisation. Ils n'empêchent pas non plus les provinces d'exercer un contrôle raisonnable par le moyen de l'approbation préalable des interventions facultatives. Mais je reconnais qu'il y a encore du travail à faire relativement aux modalités de paiement entre les provinces pour atteindre cet objectif, surtout par rapport aux services des médecins.

Je suis bien conscient que toutes les difficultés ne peuvent être résolues du jour au lendemain et qu'il faudra allouer assez de temps pour que les régimes provinciaux arrivent à ne pas exiger de frais directs des malades pour les services hospitaliers et les services médicaux nécessaires fournis dans les autres provinces.

Quant aux services nécessaires fournis à l'étranger, j'ai confiance que nous pouvons établir des normes acceptables d'indemnisation au titre des services médicaux et des services hospitaliers essentiels. La *Loi* ne définit pas de formule particulière et je serais heureux de connaître vos vues à ce sujet. Pour que nos efforts s'harmonisent, je proposerais de demander au Comité consultatif fédéral-provincial des services

médicaux et des services en établissement d'examiner différentes possibilités et de présenter d'ici un an des solutions pour atteindre ces objectifs.

Accessibilité raisonnable

La *Loi* est assez claire à l'égard de certains aspects de l'accessibilité. Ce qu'elle cherche à faire, c'est de décourager la pratique voulant que des frais soient exigés sur-le-champ pour les services assurés fournis aux assurés et d'empêcher que s'exercent de fâcheuses distinctions à l'égard d'un groupe de population en ce qui a trait à la facturation des services ou de l'usage nécessaire des services assurés. La *Loi* met en même temps l'accent sur l'association qui doit exister entre les fournisseurs des services assurés et les gestionnaires des régimes provinciaux, exigeant que les régimes provinciaux comportent des mécanismes raisonnables de paiement ou d'indemnisation pour que les usagers aient un accès raisonnable aux services. Je veux souligner de nouveau mon intention de respecter les privilèges des provinces relativement à l'organisation, à l'émission d'un permis d'exercice, à l'offre, à la répartition de la main-d'oeuvre, ainsi qu'à l'affectation des ressources et aux priorités dans le cas des services assurés. Je tiens à vous assurer que le gouvernement fédéral ne recourra pas à la disposition relative à l'accès raisonnable pour intervenir directement dans des questions comme l'existence matérielle ou géographique des services ou la régie par les provinces des établissements et des professions qui fournissent les services assurés. Les grandes questions ayant trait à l'accès aux services de santé me seront inévitablement signalées. Je veux vous donner l'assurance que mon Ministère travaillera par l'intermédiaire des bureaux des ministres provinciaux et territoriaux, et de concert avec eux, afin de régler ces questions.

Mon but en vous faisant part de mes intentions au sujet des critères contenus dans la *Loi canadienne sur la santé*, c'est de nous permettre de travailler ensemble à définir notre système national d'assurance-santé. Je crois que si nous poursuivons le dialogue, si nous sommes favorables à l'idée d'échanger des renseignements et que nous voulons le faire, et si nous comprenons bien de part et d'autre les règles du jeu, nous pouvons mettre en oeuvre la *Loi* sans animosité et sans conflit.

Je préférerais que les ministres provinciaux et territoriaux aient eux-mêmes une possibilité d'interpréter les critères de la *Loi canadienne sur la santé* et de les appliquer à leurs régimes d'assurance-santé respectifs. Je crois également que les ministres de la Santé des provinces et des territoires comprennent et acceptent tous que j'ai des comptes à rendre au Parlement du Canada, et que je dois notamment présenter tous les ans un rapport sur le fonctionnement des régimes provinciaux d'assurance-santé en ce qui a trait au respect de ces critères fondamentaux.

Conditions

Cela m'amène aux conditions relatives à l'obligation de reconnaître les contributions fédérales et à celles de fournir des renseignements, l'une et l'autre pouvant être précisées dans le règlement. À ce propos, je veux me guider sur les principes suivants :

1. faire le moins de règlements possibles et seulement si c'est absolument nécessaire;
2. compter sur la bonne volonté des ministres pour reconnaître comme il se doit le rôle et la contribution du gouvernement fédéral et pour fournir de plein gré les renseignements nécessaires afin d'exécuter la loi et de faire rapport au Parlement;

3. recourir à la concertation et à l'échange de renseignements qui nous profitent mutuellement comme moyens privilégiés pour mettre en oeuvre et faire appliquer la *Loi canadienne sur la santé*;
4. utiliser les mécanismes qui existent déjà pour échanger des renseignements à l'avantage mutuel de nos administrations.

En ce qui a trait à la reconnaissance des contributions fédérales à la santé par les gouvernements provinciaux et territoriaux, je suis convaincu que nous pouvons normalement arriver sans peine à nous entendre sur la solution appropriée. À mon avis, la meilleure formule, c'est de montrer qu'en tant que ministres de la Santé, nous travaillons ensemble dans l'intérêt du contribuable et du malade.

À l'égard de l'information, je m'en tiens à l'engagement que j'ai pris d'améliorer si possible les systèmes nationaux de données déjà en place, et cela dans un esprit de collaboration et de coopération. Ces systèmes servent à plus d'une fin et fournissent au gouvernement fédéral aussi bien qu'aux autres organismes et au grand public des données essentielles sur notre appareil de soins et l'état de santé de notre population. J'entrevois la poursuite d'un travail en association qui permettra d'améliorer les systèmes d'information sanitaire dans des domaines comme les taux de morbidité et de mortalité, l'état de santé, le fonctionnement des services de santé et leur utilisation, le coût et le financement des soins.

Je crois fermement que le gouvernement fédéral n'a pas besoin de réglementer ces questions. Je n'ai donc pas l'intention de recourir au pouvoir de réglementation pour ce qui est des renseignements exigés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* quand il s'agit d'étendre ou de modifier les systèmes généraux de données et les échanges de renseignements. Afin que l'information relative à la *Loi canadienne sur la santé* circule le plus économiquement possible, je vois seulement deux mécanismes particuliers, et essentiels, de transfert des données :

1. des estimations et des bilans sur la surfacturation et les frais modérateurs;
2. un bilan provincial annuel (peut-être sous la forme d'une lettre qui me sera envoyée) à présenter à peu près six mois après la fin de l'exercice financier, décrivant le fonctionnement des régimes provinciaux respectifs d'assurance-santé par rapport aux critères et aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé.*

Au sujet du premier point, je propose d'établir des règlements dont le contenu sera identique à celui des règlements qui ont été acceptés pour 1985-86. Vous trouverez un projet de règlements joint à titre d'annexe I. Pour aider à préparer le bilan provincial annuel auquel je fais allusion au deuxième point, j'ai élaboré des directives générales qui constituent l'annexe II. Au-delà de ces documents bien précis, j'ai confiance que l'échange spontané et mutuellement bénéfique d'éléments tels que les lois, les règlements et les descriptions de programmes se poursuivra.

Une question a été soulevée au cours de nos entretiens antérieurs que nous avons eus au début, à savoir si les estimations ou les retenues en ce qui a trait aux frais modérateurs et à la surfacturation devraient être fondées sur les « montants facturés » ou sur les « montants perçus ». La *Loi* établit clairement que les retenues doivent être basées sur les montants facturés. Or, en ce qui a trait aux frais modérateurs, des régimes provinciaux acquittent les frais indirectement pour certaines personnes. Lorsqu'il est nettement démontré qu'un régime provincial rembourse aux fournisseurs de soins le montant facturé mais ne le perçoit pas, disons à l'égard des bénéficiaires de l'aide sociale ou dans le cas des comptes impayés, il faudra rajuster en conséquence les estimations et les retenues.

Je veux insister sur le fait que lorsqu'un régime provincial n'autorise pas les frais modérateurs, tout le système doit être conforme au but du critère de l'accessibilité raisonnable énoncé [dans cette lettre].

Règlements

En plus de ceux qui visent la reconnaissance du rôle fédéral et les renseignements à fournir, dont il est question précédemment, la loi prévoit l'établissement de règlements ayant rapport aux services hospitaliers exclus et de règlements relatifs à la définition des services complémentaires de santé.

Vous êtes au courant que la loi spécifie que chacune des provinces doit être consultée et qu'il doit y avoir entente au sujet des règlements. Les discussions que j'ai eues avec vous n'ont fait ressortir que certaines inquiétudes au sujet de l'ensemble provisoire de services exclus des règlements sur les services hospitaliers, ci-joint.

De même, je n'ai pas perçu d'inquiétude au sujet du projet de règlements qui définit les services complémentaires de santé. Ces règlements aident à fournir des précisions pour que les provinces puissent interpréter la loi et gérer les régimes et programmes en cours. Ils ne modifient pas sensiblement ou en substance ceux qui ont été en vigueur pendant huit ans en vertu de la partie IV de la *Loi* de 1977 sur les contributions à l'enseignement postsecondaire et à la santé. Il se pourrait bien, cependant, quand nous commencerons à examiner les défis à relever dans le domaine des soins, que nous devions songer à revoir ces définitions.

J'ai voulu par cette lettre essayer d'établir des règles de base souples, raisonnables et claires pour faciliter à l'échelon provincial, aussi bien qu'à l'échelon fédéral, l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*. J'ai voulu englober beaucoup de questions, dont l'interprétation des critères, la position fédérale au sujet des conditions et les projets de règlements. Je suis évidemment conscient qu'une lettre de cette sorte ne peut pas traiter de chacun des points qui préoccupent chaque ministre de la Santé. Il est donc essentiel qu'un dialogue et que la communication se poursuivent.

En terminant, laissez-moi vous remercier de l'aide que vous avez apportée pour en arriver à ce que je crois être un point de vue généralement accepté en ce qui a trait à l'interprétation et à l'application de la *Loi*. Tel que mentionné au début de cette lettre, je vous saurais gré de me signaler par écrit, sous peu vos vues sur les projets de règlements ci-joints. J'ai l'intention de vous écrire bientôt au sujet de l'échange volontaire de renseignements dont nous avons discuté, relativement à l'administration de la *Loi* et du rapport à présenter au Parlement.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Jake Epp

[Voici le texte de la lettre envoyée le 6 janvier 1995 à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé par l'honorable Diane Marleau, ministre de la Santé.]

January 6, 1995

Cher collègue,

Objet : la *Loi canadienne sur la santé*

La *Loi canadienne sur la santé* est en vigueur depuis un peu plus d'une décennie. Les principes énoncés dans la loi (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité) continuent d'être appuyés par tous les gouvernements provinciaux et territoriaux et par la grande majorité des Canadiens et des Canadiennes. Mais l'érosion possible du système de santé canadien administré et financé par le secteur public suscite des craintes, et il est essentiel de prendre les moyens nécessaires pour préserver ces principes.

Il est clair à la suite de la réunion de Halifax tenue récemment, que plusieurs ministres de la Santé sont préoccupés par une tendance à interpréter la *Loi de façons divergentes*. J'aborderai d'autres questions à la fin de la présente lettre à cet égard. Toutefois, ma préoccupation principale concerne les cliniques privées et les frais d'établissement qu'elles perçoivent auprès de leurs patients. C'est un problème qui n'est pas nouveau pour les ministres de la Santé. Il a fait l'objet d'importantes discussions lors de note réunion à Halifax l'an dernier. Pour les raisons que j'expose dans cette lettre, je suis convaincue que la prolifération d'un « second palier » d'établissements, exploités entièrement ou dans une large mesure en dehors du système de santé administré et financé par des fonds publics, et dispensant des services médicalement nécessaires, constitue une menace sérieuse pour le système de soins de santé du Canada.

Plus précisément, et plus directement, je considère que les frais d'établissement exigés par les cliniques privées pour des services médicalement nécessaires représentent un problème sérieux qui doit être réglé. Selon moi, de tels frais constituent des frais modérateurs et à ce titre, ils contreviennent au principe de l'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*.

Bien que ces frais d'établissement ne soient pas définis dans la loi fédérale, ni dans les dispositions législatives de la plupart des provinces, ce terme renvoie aux montants d'argent qui peuvent être exigés pour des services de type hospitalier dispensés en clinique et qui ne sont pas remboursés par la province, par opposition aux services fournis par un médecin. Lorsque ces frais d'établissement sont imposés pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique qui reçoit, par ailleurs, en vertu du régime d'assurance-santé de la province, des fonds publics pour la prestation de ces services, ces frais constituent un obstacle financier à l'accessibilité des services. Ils enfreignent par conséquent la disposition de la loi relative aux frais modérateurs (article 19).

Les frais d'établissement sont, à mon avis, inacceptables parce qu'ils limitent l'accès aux services médicalement nécessaires.

De plus, lorsque des cliniques qui reçoivent des fonds publics pour dispenser des services médicalement nécessaires exigent en supplément des frais d'établissement, les personnes qui ont les moyens de payer de tels frais sont directement subventionnées par tous les autres Canadiens et Canadiennes. Il m'apparaît tout à fait inacceptable de subventionner de la sorte un système de santé à deux paliers.

Ma position sur les frais d'établissement repose sur deux arguments. Le premier touche la politique en matière de santé. Dans le contexte actuel de la prestation des services de santé, une interprétation qui permet l'imposition de frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires alors que le régime d'assurance-santé de la province couvre les honoraires du médecin va à l'encontre de l'esprit et de l'objet de la *Loi*. Autrefois, de nombreux services médicaux exigeaient an séjour à l'hôpital; maintenant, grâce aux progrès de la technologie médicale et à la tendance à dispenser des services dans des endroits plus accessibles, il est possible d'offrir une vaste gamme de soins ou de services ambulatoires à l'extérieur du cadre hospitalier traditionnel. Le critère de la loi relatif à l'accessibilité, critère dont la disposition sur les frais modérateurs ne constitue qu'un exemple, avait, de toute évidence, pour objet de veiller à ce que les résidents du Canada reçoivent tous les services de santé médicalement nécessaires, sans obstacle financier ou autre, et quel que soit l'endroit où ces services sont dispensés. Ce critère doit conserver son sens initial quelle que soit la façon dont l'exercice de la médecine évolue.

Le deuxième argument relève de l'interprétation juridique. La définition du terme « hôpital » prévue dans la loi comprend tout établissement qui offre des soins hospitaliers aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ou exigeant des services de réadaptation. Cette définition couvre aussi les établissements de soins de santé connus sous le nom de « clinique ». Pour des raisons touchant à la fois la politique et l'interprétation juridique, je considère donc que lorsqu'un régime d'assurance-santé provincial prévoit le paiement d'honoraires de médecin pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique, il doit également prévoir le paiement des services (hospitaliers) connexes associés à la prestation de ces services, sans quoi la province en question devra s'attendre à l'application de déductions correspondant au total des frais modérateurs.

Je me rends bien compte que cette interprétation nécessitera certaines modifications, particulièrement dans les provinces où des cliniques exigent actuellement des frais d'établissement applicables à des services de santé médicalement nécessaires. Afin d'éviter des difficultés qui pourraient être jugées déraisonnables, je fixe au 15 octobre 1995 la date de mise en application de cette interprétation. Les provinces disposeront ainsi du temps requis pour mettre en place les dispositions législatives ou réglementaires qui s'imposent. À compter du 15 octobre 1995, toutefois, je commencerai à déduire des paiements de transfert toute somme exigée pour des frais d'établissement lorsque des services de santé médicalement nécessaires sont en cause, comme le prévoit l'article 20 de la *Loi canadienne sur la santé*. À mon avis, les provinces bénéficieront ainsi d'une période de transition raisonnable étant donné qu'elles sont maintenant saisies de mes préoccupations concernant les cliniques privées, et compte tenu des progrès déjà réalisés par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les services de santé qui se penche sur la question des cliniques privées depuis déjà un bon moment.

Je tiens à préciser que je ne cherche pas à empêcher l'utilisation de cliniques pour dispenser des services de santé médicalement nécessaires. Je sais que dans bien des cas, elles représentent un moyen efficace d'offrir des services de santé à moindre coût, et souvent en ayant recours à des techniques avancées. J'entends, par contre, veiller à ce que les services de santé médicalement nécessaires soient dispensés suivant des modalités uniformes et cela, quel que soit l'endroit ou ils sont offerts. Les principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont suffisamment souples pour permettre l'évolution de la médecine et de la prestation des soins de santé. Cependant, cette évolution ne saurait mener à la création d'un système de santé à deux paliers.

Comme je l'ai déjà mentionné dans cette lettre, même si la question des frais modérateurs constitue ma préoccupation immédiate, je m'inquiète également des questions plus générales soulevées par la prolifération des cliniques privées. Je crains que cette prolifération ne se traduise, à plus ou moins long terme, par une érosion de notre système de santé public, ce qui aurait pour résultat de limiter l'accès dont jouit la population canadienne aux services de santé médicalement nécessaires. L'énoncé de politique auquel la réunion d'Halifax a donné lieu, témoigne bien de ces préoccupations. Les ministres de la Santé présents, à l'exception de la Ministre de l'Alberta, ont convenu :

> d'entreprendre toute démarche qui pourrait être nécessaire pour réglementer l'établissement des cliniques privées au Canada et maintenir un régime d'assurance-santé de grande qualité par les gouvernements.

La question des cliniques privées soulève de nombreuses préoccupations au sein du gouvernement fédéral, préoccupations que les provinces partagent. On s'inquiète entre autres :

- de l'affaiblissement de l'appui du public au syst me de santé administré et financé par l'État;
- de la diminution de la capacité des gouvernements de contrôler les co ts de la santé une fois que ceux-ci sont passés du secteur public au secteur privé;
- de la possibilité, comme en fait foi l'expérience vécue ailleurs, que les établissements privés concentrent leurs efforts sur les actes médicaux les plus faciles, laissant aux établissements publics le soin de s'occuper des cas plus complexes et plus co teux;
- de la capacité qu'ont les établissements privés d'offrir aux professionnels de la santé des encouragements financiers susceptibles de les inciter se désengager du syst me de santé public (incitant ces établissements mobiliser leurs ressources financi res afin d'attirer les consommateurs, plutôt que d'améliorer la qualité des soins offerts).

Le seul moyen de composer efficacement avec ces préoccupations consiste à réglementer l'exploitation des cliniques privées.

Je demande donc aux ministres de la Santé des provinces qui ne l'ont pas encore fait d'établir des cadres réglementaires régissant l'exploitation des cliniques privées. J'aimerais souligner que même si je me préoccupe surtout de l'élimination des frais modérateurs, il est tout aussi important que ces cadres réglementaires soient mis en place pour assurer un accès raisonnable aux services de santé médicalement nécessaires et pour favoriser la viabilité du système de santé financé et administré par l'État. À mon avis, il faut procéder sans tarder à leur mise en oeuvre.

N'hésitez pas à prendre contact avec moi pour des éclaircissements au sujet de ma position sur les cliniques privées et les frais d'établissement. Mes fonctionnaires, quant à eux, sont prêts à rencontrer les vôtres quand ils le souhaiteront pour en discuter. Il faudrait d'ailleurs selon moi, que nos fonctionnaires se concentrent, au cours des prochaines semaines, sur les préoccupations plus générales concernant les cliniques privées.

Comme je l'ai mentionné au début de la présente lettre, la *Loi canadienne sur la santé* fait l'objet d'interprétations divergentes touchant un bon nombre d'autres pratiques. Je préfère généralement que les problèmes touchant l'interprétation de la *Loi* soient résolus par consensus fédéral-provincial-territorial en tenant compte des principes fondamentaux de la *Loi*. J'ai, par conséquent, encouragé les deux paliers de gouvernement à tenir des consultations dans tous les cas où il y avait de tels désaccords. En ce qui a trait à des situations telles que la couverture des frais médicaux engagés hors de la province de résidence ou à l'étranger, j'ai l'intention de poursuivre les consultations dans la mesure où elles sont susceptibles de mener à des conclusions satisfaisantes, dans des délais raisonnables.

En terminant, j'aimerais citer monsieur le juge Emmett M. Hall qui nous rappelait en 1980 que :

> « ...dans notre société, le traumatisme causé par les maladies, la douleur engendrée par les opérations chirurgicales et le lent acheminement vers la mort constituent suffisamment de fardeaux sans avoir à y ajouter celui qui provient des frais médicaux et hospitaliers frappant le malade au moment où il est vulnérable. »

Je suis convaincue, qu'en gardant cet avis à l'esprit, nous continuerons de conjuguer nos efforts en vue de sauvegarder et de renouveler ce qui pourrait bien être notre plus remarquable projet social.

Enfin, comme les questions traitées dans la présente lettre revêtent une importance certaine pour les Canadiens et Canadiennes, je compte la rendre publique une fois que tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé l'auront reçue.

Veuillez agréer, cher collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Diane Marleau

Ministre de la Santé

ANNEXE C

Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé

En avril 2002, l'honorable A. Anne McLellan décrivait, dans une lettre qu'elle adressait à ses homologues provinciaux et territoriaux, un processus de prévention et de règlement des différends reliés à la *Loi canadienne sur la santé* dont avaient convenu l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception du Québec. Le processus permet de satisfaire au désir des administrations fédérale, provinciales et territoriales de prévenir les différends reliés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé* et, lorsqu'il est impossible d'y parvenir, de les régler d'une façon équitable, transparente et opportune.

Le processus comprend des activités de règlement des différends liés à l'échange de renseignements entre les gouvernements; la discussion et la clarification des questions, dès qu'elles sont soulevées; la participation active des gouvernements aux comités spéciaux fédéraux-provinciaux-territoriaux des questions liées à la *Loi canadienne sur la santé*; ainsi que des évaluations préalables, si celles-ci sont demandées.

Si les activités de prévention des différends échouent, des activités de règlement des différends peuvent être amorcées, et ce, en commençant par des activités de détermination des faits et des négociations entre les gouvernements. Si ces activités se révèlent infructueuses, l'un des ministres de la Santé visés peut reporter les questions à un groupe tiers pour qu'il entreprenne la détermination des faits et fournisse conseils et recommandations.

La ministre fédérale de la Santé détient le pouvoir final de décision en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. En décidant si elle doit invoquer les dispositions de non-conformité de la loi, la ministre prendra en considération le rapport du groupe.

En septembre 2004, l'accord conclu entre les provinces et les territoires en 2002 a été officialisé par les premiers ministres, réitérant ainsi leur engagement concernant l'utilisation du Processus de prévention et de règlement des différends de la *Loi canadienne sur la santé* pour régler les questions d'interprétation associées à la loi.

Vous trouverez dans les pages suivantes le texte intégral de la lettre de la ministre McLellan à l'honorable Gary Mar, ainsi qu'un feuillet d'information sur le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Minister of Health | Ministre de la Santé

Ottawa, Canada K1A 0K9

Le 2 avril 2002

L'honorable Gary Mar
Ministre de la Santé et du Mieux-être
Province de l'Alberta
Édifice Legislature, pièce 323
Edmonton (Alberta)
T5K 2B6

Monsieur,

La présente fait suite à mon engagement d'avancer à aller de l'avant avec le processus de prévention et de règlement des différends liés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé.*

Je comprends que les gouvernements des provinces et des territoires tiennent à ce qu'une tierce partie fournisse des avis et des recommandations lorsque des divergences d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* se produisent. Ce point a été intégré au processus de Prévention et règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* qui est exposé ci-dessous. Je crois que ce processus nous permettra de prévenir ou de régler, de façon équitable, transparente et rapide, les problèmes d'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé.*

Prévention des différends

Le meilleur moyen de résoudre les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* est d'abord de prévenir qu'ils se produisent. Le gouvernement n'a eu recours qu'exceptionnellement aux pénalités et seulement lorsque toutes les tentatives pour régler le litige se sont révélées infructueuses. La prévention des différends a produit de bons résultats pour nous par le passé et elle pourra servir nos intérêts communs à l'avenir. Par conséquent, il est important que les gouvernements continuent de participer activement à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les questions relatives à la *Loi canadienne sur la santé* et d'entreprendre, de gouvernement à gouvernement, des échanges d'information, des discussions et des efforts de clarification des questions à mesure qu'elles surgiront.

En outre, Santé Canada s'engage à fournir, à la demande d'une province ou d'un territoire, des évaluations préalables.

Règlement des différends

Lorsque les activités visant à prévenir un différend entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial se sont révélées infructueuses, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés peut déclencher le processus de règlement des différends en rédigeant, à l'intention de son homologue, une lettre dans laquelle il expose la question litigieuse. Une fois entrepris, le processus de règlement des différends devra être complété avant de prendre toute mesure en vertu des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité.

Tout d'abord, dans les 60 jours suivant la date de la lettre de déclenchement du processus, les gouvernements qui seront parties au différend feront conjointement ce qui suit :

- ils recueilleront et mettront en commun tous les faits pertinents;
- ils rédigeront un rapport sur l'établissement des faits;
- ils négocieront en vue de résoudre la question litigieuse; et
- ils rédigeront un rapport sur la façon utilisée pour régler la question.

Toutefois, s'il advenait qu'on ne s'entende pas sur les faits ou que les négociations ne mènent pas au règlement de la question, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés par le différend pourra déclencher le processus visant à référer la question à une tierce partie en écrivant à son homologue. Un comité spécial sera constitué dans les 30 jours qui suivront la date de cette lettre. Il se composera d'une personne désignée par la province ou le territoire ainsi que d'une personne désignée par le gouvernement fédéral. Ces deux personnes choisiront ensemble un président. Le comité spécial évaluera la question litigieuse conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits et formulera des conseils et des recommandations. Il présentera ensuite un rapport sur la question aux gouvernements en cause dans les 60 jours qui suivront la création du groupe.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Avant de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité spécial en considération.

Rapports publics

Les gouvernements divulgueront au public les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport d'un comité spécial.

J'estime que le gouvernement du Canada a donné suite aux engagements pris dans l'accord de septembre 2000 en matière de santé en fournissant 21,1 milliards de dollars au moyen du cadre financier et en collaborant dans d'autres domaines cernés dans l'accord. Je m'attends à ce que tous les premiers ministres provinciaux et territoriaux, ainsi que leurs ministres de la Santé, respectent le cadre d'imputabilité à l'égard du système de santé qu'ils ont accepté en septembre 2000. Le travail de nos représentants au sujet des indicateurs de rendement a été marqué par la collaboration et l'efficacité jusqu'à maintenant. La population canadienne s'attendra à ce que nous lui rendions des comptes au sujet de tous les indicateurs d'ici la date qui a été convenue, soit septembre 2002. Bien qu'un certain nombre de gouvernements, à ce que je sache, ne pourront peut-être pas rendre compte avec précision de tous les indicateurs d'ici cette date, l'obligation de rendre des comptes à la

population canadienne est une composante essentielle de nos efforts pour renouveler notre système de santé. Il m'apparaît très important que les gouvernements travaillent à rendre des comptes au sujet de tous les indicateurs.

De plus, j'espère que tous les gouvernements provinciaux et territoriaux participeront au processus d'examen conjoint que tous les premiers ministres signataires de l'Entente-cadre sur l'union sociale avaient convenu de faire et termineront ce processus.

Le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* exposé dans la présente lettre est clair et simple. Si, plus tard, des modifications s'avéraient nécessaires, je m'engage à examiner le processus avec vous et les autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. En procédant ainsi, nous démontrerons aux Canadiens et Canadiennes que nous sommes déterminés à renforcer et à préserver l'assurance-santé en prévenant et en réglant rapidement et équitablement les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A. Anne McLellan

Fiche d'information : Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé

Portée

Les dispositions décrites s'appliquent à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Prévention des différends

Afin d'éviter et de prévenir les différends, les gouvernements continueront :

- de participer activement des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les litiges liés la *Loi canadienne sur la santé*;
- utiliser un processus bilatéral d'échange d'information, de discussion et de clarification lorsque des conflits surviennent.

Santé Canada s'engage à présenter des évaluations préalables aux provinces et aux territoires qui en font la demande.

Règlement des différends Lorsque la prévention des différends entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial n'a mené à rien, n'importe quel ministre de la Santé touché peut mettre en oeuvre le règlement des différends en écrivant à son homologue. La lettre comprendra une description du différend. S'il est mis en oeuvre, le règlement des différends précédera toute mesure prise en vertu du non-respect des dispositions de la loi.

En guise de première étape, les gouvernements touchés acceptent d'effectuer conjointement ce qui suit dans les 60 jours suivant la date de la lettre :

- recueillir et partager tous les faits pertinents;
- rédiger un rapport d'établissement des faits;
- négocier en vue de régler le conflit; et
- rédiger un rapport expliquant comment on a résolu le conflit.

Si l'on ne s'entend pas quant aux faits ou si les négociations échouent, n'importe quel ministre de la Santé engagé dans le conflit peut mettre en oeuvre le processus de renvoi du litige à un comité en écrivant à son homologue.

- Dans les 30 jours suivant la date de la lettre, un comité sera établi. Le comité sera formé d'un représentant nommé par le gouvernement provincial ou territorial et un représentant nommé par le gouvernement fédéral, lesquels choisiront ensemble un président.
- Le comité évaluera le différend en fonction des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits, offrira des conseils et présentera des recommandations.
- Le comité présentera, dans les 60 jours suivant sa nomination, un rapport aux gouvernements en question.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Afin de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité en considération.

Présentation de rapports au public

Les gouvernements présenteront des rapports au public sur les activités de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé, y compris tout rapport présenté par le comité.

Révision

Le ministre de la Santé du Canada s'engage à revoir le processus avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé si des ajustements s'avèrent éventuellement nécessaires.

ANNEXE D

Lexique des termes utilisés dans le Rapport annuel

Les termes compris dans ce lexique sont définis dans le contexte de la *Loi canadienne sur la santé*. Ils peuvent être définis ou interprétés différemment dans d'autres situations.

Terme	Explication
Absence temporaire	En vertu de la condition d'octroi de la *Loi canadienne sur la santé* portant sur la transférabilité (article 11(1)(b)), le terme « absence temporaire » est utilisé lorsqu'une personne assurée s'absente de façon temporaire de sa province ou de son territoire de résidence pour des raisons liées au travail, aux études ou aux vacances ou pour d'autres raisons qui ne supposent pas que la personne établira sa résidence permanente ailleurs.
Accord sur l'admissibilité et la transférabilité	Le premier Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité a été approuvé par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé en 1971 et mis en place en 1972. L'Accord fixe les normes minimales relatives à l'admissibilité et à la transférabilité interprovinciales-territoriales des régimes d'assurance-santé. Les provinces et les territoires appliquent de leur plein gré les dispositions de l'Accord, facilitant ainsi la mobilité des Canadiens et leur accès aux services de santé partout au Canada. Les provinces et les territoires se réunissent périodiquement pour examiner et réviser l'Accord.
Admission	Acceptation officielle dans un établissement de santé d'une personne qui requiert, pour une période donnée, des services médicaux ou de santé et l'assignation d'un lit à cette personne.

Terme	Explication
Caisse supplémentaire d'assurance-santé (CSAS)	Caisse, administrée par la Division de la *Loi canadienne sur la santé*, qui aide les personnes qui ont perdu ou qui n'ont pu obtenir, sans qu'elles en soient responsables, la protection d'un régime d'assurance-santé provincial ou territorial pour les services de santé assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Cette caisse a été constituée pour la première fois en 1972, époque à laquelle la transférabilité des régimes d'assurance-santé entre les provinces variait et entraînait des divergences dans les règles d'admissibilité selon lesquelles un résident du Canada pouvait ne pas être admissible, de façon temporaire, à un régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire à la suite d'un changement de province ou de statut d'admissibilité à des services de santé (p.ex. renvoi de la GRC ou des Forces canadiennes). L'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, en 1984, a mis un terme aux divergences entre les périodes d'admissibilité des provinces, source de la plupart des préoccupations et raison de l'établissement de la caisse. Le solde de la caisse est actuellement de 28 387 $. Cinq demandes d'indemnisation ont été envoyées à la CSAS depuis 1986. Toutefois, aucune ne répondait aux conditions en matière de remboursement.
Chirurgie	Traitement des maladies, blessures et autres types d'affections par intervention manuelle ou instrumentale pour réparer, enlever ou remplacer un organe, un tissu ou une partie du corps, ou pour extraire des corps étrangers.
Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers	Entente bilatérale conclue entre deux provinces, ou une province et un territoire, ou deux territoires qui permet le traitement réciproque de demandes de remboursement de la province ou du territoire pour des services hospitaliers offerts à des malades hospitalisés et externes. En vertu d'une telle entente, les services hospitaliers assurés sont payables aux taux approuvés de la province ou du territoire d'accueil ou comme il a été convenu par les parties en cause ou le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).
Entente de facturation réciproque des soins médicaux	Entente bilatérale conclue entre deux provinces, ou une province et un territoire, ou deux territoires qui autorise le traitement réciproque de demandes de remboursement pour des services médicaux reçus en dehors de la province ou du territoire d'origine et fournis par un médecin autorisé. Lorsqu'une telle entente existe, le service médical assuré est payable selon le taux approuvé par la province ou le territoire de résidence du patient.
Établissement de chirurgie externe	Établissement de soins de santé qui fournit à des malades externes des services de chirurgie de courte durée (chirurgie d'un jour).
Établissement de chirurgie privé	Établissement de soins de santé privé offrant des services de chirurgie.
Établissement de diagnostic privé	Établissement de soins de santé du secteur privé offrant des services de laboratoire et de radiologie, et d'autres services de diagnostic.

Terme	Explication
Établissement de soins actifs	Établissement de santé où sont fournis des soins ou des traitements aux patients souffrent d'une maladie aiguë ou dont l'état de santé est grave.
Établissement de soins de santé	Un établissement de soins de santé est un bâtiment ou groupe de bâtiments faisant partie d'une structure organisationnelle commune qui loge le personnel de la santé et de l'équipement médical pour la prestation de services de soins de santé (par ex., diagnostic, chirurgie, soins actifs, soins de longue durée, physiothérapie) à des malades externes ou hospitalisés faisant partie de l'ensemble de la population ou d'un groupe particulier de personnes ou de résidents.
Établissement de soins de santé privé (à but lucratif)	Établissement de soins de santé privé qui fournit des tests de laboratoire, des services de radiologie et d'autres techniques de diagnostic, et distribue des dividendes à ses propriétaires, actionnaires, exploitants ou membres, ou qui partage les profits avec eux.
Établissement de soins de santé privé (sans but lucratif)	Établissement de soins de santé privé qui fournit des tests de laboratoire, des services de radiologie et d'autres techniques de diagnostic, et qui est reconnu comme un organisme sans but lucratif en vertu des lois du gouvernement fédéral, ou du gouvernement provincial ou territorial où se situe l'établissement.
Établissement de soins de santé public	Établissement de soins de santé situé au Canada et administré par le secteur public, qui offre des services de santé assurés par le régime d'assurance-santé de la province ou le territoire à des malades externes ou hospitalisés.
Frais de fournitures médicales	Frais admis sous le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire pour des articles comme les tampons d'alcool, les instruments et les fils de sutures qui sont utilisés pour la prestation d'un service médical assuré.
Honoraires forfaitaires	Frais imposés par un médecin pour des services non couverts par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial, tels les consultations téléphoniques, le renouvellement d'ordonnances par téléphone et la préparation de formulaires et de documents.
Imagerie diagnostique	Technique qui décèle ou détermine la présence de diverses maladies et (ou) diverses affections au moyen d'équipement d'imagerie médicale, dont les densitomètres pour la densité minérale de l'os, les mammographes, les appareils d'imagerie par résonance magnétique, le matériel de médecine nucléaire, les appareils à ultrasons, les tomodensitomètres, les appareils de radiographie et les fluoroscopes.
Inscription familiale	Méthode d'inscription à un régime d'assurance-santé fondée sur l'appartenance à une unité familiale.
Malade externe	Personne admise dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de santé pour un traitement qui ne requiert pas un séjour d'une nuit.

Terme	Explication
Malade hospitalisé	Un malade hospitalisé est une personne admise dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de soins de santé pour un traitement qui nécessite l'hospitalisation pour au moins une nuit.
Médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	Médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé de sa province ou territoire, de sorte qu'il facture ses patients directement selon le taux provincial ou territorial. Conformément à l'entente touchant le barème d'honoraires, le régime provincial ou territorial rembourse les patients des médecins ayant opté pour le retrait du régime jusqu'à concurrence du montant prévu par le régime pour les services rendus.
Médecin participant	Médecin autorisé qui est inscrit à un régime provincial ou territorial d'assurance-santé.
Médecin non participant	Médecin oeuvrant tout à fait indépendamment du régime d'assurance-santé provincial ou territorial. Dans ce cas, ni le médecin ni le patient ne sont admissibles, en vertu du régime d'assurance-santé provincial ou territorial, à une couverture pour les services rendus ou reçus. Un médecin non participant peut donc fixer ses propres honoraires, lesquels sont payés directement par le patient.
Omnipraticien	Un omnipraticien est un médecin autorisé qui exerce la médecine à l'échelle communautaire dans une province ou un territoire et qui renvoie les patients à des spécialistes lorsque le diagnostic posé le justifie. Les omnipraticiens peuvent entre autres offrir les services suivants : consultation, diagnostic, référence, conseils sur les soins de santé et la prévention des maladies, chirurgies mineures et prescription de médicaments.
Produits et services médicaux améliorés	Produits ou services médicaux fournis de pair avec des services assurés. Il s'agit habituellement d'un service ou d'un produit de qualité supérieure qui n'est pas médicalement nécessaire et qui est offert à un patient qui en fait le choix à cause d'une préférence personnelle ou de la commodité du produit.
Rémunération à l'acte	Mode de paiement utilisé par les médecins et reposant sur un barème d'honoraires qui précise le coût de chaque service.

Terme	Explication
Services médicalement nécessaires	En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance santé doivent fournir tous les services de santé assurés selon les modalités uniformes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé de leurs résidents. La *Loi* ne définit pas les services médicalement nécessaires. Les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance santé, en concertation avec les professionnels de la santé, sont entièrement responsables de déterminer quels sont les services médicalement nécessaires pour le maintien de la santé. Si la province ou le territoire détermine qu'un service est médicalement nécessaire, le coût du service doit en être entièrement défrayé par le régime d'assurance-santé publique pour être conforme aux fins de l'application de la *Loi*. Si un service n'est pas considéré médicalement nécessaire, alors la province ou le territoire n'est pas dans l'obligation d'en défrayer les coûts selon les critères de la *Loi*.
Soins actifs	Ces soins comprennent les services de santé offerts aux personnes souffrant d'une maladie grave et soudaine, et qui doivent recevoir des soins infirmiers professionnels et être sous observation professionnelle de manière continue. Parmi les exemples de soins actifs, on compte l'observation postopératoire dans une unité de soins intensifs, et les services de soins et d'observation pendant l'attente d'une chirurgie d'urgence.
Soins de réadaptation	Ces soins comprennent les services de santé offerts aux personnes ayant besoin d'une aide professionnelle pour restaurer des habiletés physiques et fonctionnelles à la suite d'une maladie ou d'une blessure. Mentionnons à titre d'exemple la thérapie dont a besoin une personne qui se remet d'un accident cérébrovasculaire (par ex., physiothérapie et orthophonie).
Spécialiste	Un spécialiste est un médecin autorisé exerçant la médecine dans une province ou un territoire et dont la tâche principale consiste à poser des diagnostics spécialisés et à offrir des traitements spécialisés. Parmi les spécialités on compte, entre autres, l'anesthésie, la dermatologie, la chirurgie générale, la gynécologie, la médecine interne, la neurologie, la neuropathologie, l'ophtalmologie, la pédiatrie, la chirurgie plastique, la radiologie et l'urologie.
Tiers-payeurs	Organismes tels que les commissions d'indemnisation des accidentés du travail, les compagnies d'assurance-santé privées, les régimes d'assurance-santé d'un employeur ou d'autres entités qui remboursent des services de santé assurés à leurs clients ou à leurs employés.

Coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé

Terre-Neuve-et-Labrador
Ministère de la Santé et des Services communautaires
Édifice Confederation
B.P. 8700
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1B 4J6
(709) 729-5021
www.gov.nl.ca/health

Île-du-Prince-Édouard
Ministère de la Santé
B.P. 2000
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8
(902) 368-6130
www.gov.pe.ca

Nouvelle-Écosse
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
B.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8
(902) 424-5818
www.gov.ns.ca/health

Nouveau-Brunswick
Ministère de la Santé
B.P. 5100
Frédéricton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
(506) 457-4800
www.gnb.ca

Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M1
(418) 266-7005
www.msss.gouv.qc.ca

Ontario
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Édifice Hepburn, 10e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 1R3
1-800-268-1153
www.gov.on.ca/health

Manitoba
Ministère de la Santé du Manitoba
300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
1-800-392-1207
www.gov.mb.ca/health

Saskatchewan
Saskatchewan Health
3475 Albert Street
Regina, SK S4S 6X6
1-800-667-7766
www.health.gov.sk.ca

Alberta
Alberta Health and Wellness
P.O. Box 1360, Station Main
Edmonton, AB T5J 2N3
(780) 427-1432
www.health.gov.ab.ca/

Colombie-Britannique
Ministère des services de santé
1515, rue Blanchard
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C8
1-800-465-4911
www.gov.bc.ca/health

Yukon
Health and Social Services
204 Lambert Street, 4th Floor
Financial Plaza
Whitehorse, YT Y1A 2C6
1-867-667-3096
www.hss.gov.yk.ca/

Territoires du Nord-Ouest
Ministère de la Santé et des Services sociaux
B.P. 1320
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9
1-800-661-0830 ou 1-867-777-7413
www.hlthss.gov.nt.ca

Nunavut
Ministère de la Santé et des Services sociaux
C.P. 1000, succursale 1000
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0
1-867-975-5700
http://www.gov.nu.ca/health/